

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE :

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE
DES LESIONS PRECANCEREUSES ET
CANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS DANS LE
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO**

**Ptée résenet soutenue publiquement le 26./ 12/2023 devant
la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

Par : M. Soumana DEMBELE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président : M. Bakarou KAMATE, *Professeur*
Membres : M. SIMA Mamadou, *Maître de conférences*
Co-directeur : M. Hamady SISSOKO, *Médecin*
Directeur de thèse : M. Cheick Boukadari TRAORE, *Professeur*

DEDICACES

Je dédie ce travail :

Au bon DIEU ALLAH, le Très-Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent, ici-bas Créateur de la terre et des cieux, de la vie et de l'au-delà pour m'avoir donné la vie, la santé et le courage de venir à bout de ce travail.

Et à son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui, sa pieuse famille et ses fidèles compagnons). A mes deux grandes mères :

Mamou Camara : une femme battante, courageuse et aimable ; je te dois ce que je suis aujourd'hui, c'est grâce à ton éducation tes bénédictions que je suis arrivée au bout de ce travail. Je te remercie pour tout, que Dieu te garde encore très longtemps.

Korotoumou Dembélé: tu m'as accueilli à bras ouvert pour que je puisse poursuivre mes études universitaires. C'est toi qui comprenait mes soucis et apportait des solutions sans me demander ; je ne cesserais jamais de te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi, que Dieu te garde encore très longtemps.

A mon père : Soungalo Dembélé

Je ne saurais comment t'exprimer ma gratitude et mon profond amour. Ton soutien matériel et financier ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de ta patience. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une meilleure santé auprès de nous. A mon défunt père : Salif Dembélé
Reçoit ici cher père mes sincères remerciements infinis pour tout ce que tu as pu faire pour moi.

Tu as su cultiver en moi le courage, la patience et le bon témoignage durant tout mon cycle primaire. Si je suis arrivé jusqu'ici, c'est grâce à tes immenses valeurs humaines. Qu'Allah t'accueille dans son Immense Paradis.

A mes deux mamans : Sanata Tangara et Bintou Dembélé

Je vous remercie de m'avoir donné la vie ; malgré la distance qui nous séparent vos prières, vos bénédictions et vos encouragements n'ont jamais fait défauts.

Mes Tontons Et Tantes : Kary Dembélé ;Madou Dembélé ;Issouf Dembélé ;Lamine Dembélé ;Abdoulaye Dembélé ;Salimata

Koné ;Batoma Doumbia ; merci pour votre aide et vos encouragements.

A mes frères et sœurs : je vous remercie de vos encouragements, que DIEU renforce nos liens fraternels.

A mes amis : Abdoulaye Diarra ;Lamine Gakou ;Salim Gakou ;Adama Dembélé; merci pour vos accompagnements et vos conseils. Je remercie Dieu de vous avoir rencontrés.

MES REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres de l'école primaire, secondaire et de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-stomatologie de Bamako. Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation.

Au professeur Cheick Boucadary Traoré, tous nos sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez. Que Dieu vous bénisse. Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce

travail ; vous avez été comme un père pour moi, simple, gentil et aimable. Très cher Maître les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon affection.

A tout le personnel du CSRéf de la commune III particulièrement à celui de la gynécologie obstétrique merci pour votre collaboration et votre esprit d'équipe.

Aux docteurs Hamady SISSOKO, Sidy Moctar Diakité, KODIO Souma, Souleymane Traoré, Mohamed Traoré Ibrahim Fomba : les moments passés dans votre service nous resteront en mémoire à jamais grâce à votre sympathie, votre formation et votre gentillesse. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude, merci infiniment.

Aux médecins généralistes, et aux DES du service : merci pour votre encadrement, vos encouragements et vos conseils n'ont jamais fait défauts. Que dieu vous en récompense.

A tous les internes du service : avec vous je me sens en famille ; votre esprit de partage, votre solidarité, votre compagnie m'a toujours aidé à surmonter les moments les plus difficiles. Merci pour ces moments je m'en souviendrais toujours.

A toutes les sages-femmes, les aides de bloc, les anesthésistes, infirmières obstétriciennes, et les aides-soignantes je vous remercie pour votre formation et votre collaboration.

A tous mes camarades de la 12^{ème} promotion du numerus clausus particulièrement à mon équipe d'exposée nous avons passé des moments durs et agréables ensembles ; merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et vos expériences partagés.

Merci à tout ce qui mon aidé de près ou de loin, ce travail est aussi le vôtre.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET Président du jury,

Professeur Bakarou KAMATE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques
à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
de l'Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako (U.S.T. T.B).**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U du Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin
au Mali et du registre national des cancers au Mali.**
- **Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de
l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/ DAF)**

Cher maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples obligations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Vos remarquables suggestions, votre enseignement de qualité nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail.

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU COL DE
L'UTERUS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO
A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Professeur Mamadou SIMA

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique
du CHU du point G ;**
- **Maitre de conférences à la faculté de Médecine et
d'odontostomatologie.**

Cher Maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations. L'opportunité nous est ainsi donnée de vous faire part de l'estime et l'admiration que nous portons à votre égard. Soyez rassurée chère maitre de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Docteur Hamady SISSOKO

- Praticien gynécologue obstétricien au CSRéf CIII**
- Chef de service de gynécologie-obstétrique au CSRéf CIII**
- Attaché de recherche CSRéf CIII**

Cher Maître,

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves et heureux de vous compter parmi nos encadreurs. Votre abord facile et votre dimension sociale inestimable nous ont beaucoup impressionnés.

Nous tenons à vous rendre hommage pour les conseils que vous nous avez prodigués en plus des connaissances scientifiques que vous nous avez inculquées. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET Directeur de Thèse

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).**
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T. T-B.**
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques du C.H.U. du Point G.**

**○ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du
registre national des cancers au Mali.** vi

| | |
|---|-----|
| I. INTRODUCTION..... | xii |
| II. OBJECTIFS..... | 3 |
| Objectif général..... | 4 |
| Objectifs spécifiques..... | 4 |
| III. GENERALITES..... | 5 |
| 3.1. Définition..... | 6 |
| 3.2. Rappels..... | 6 |
| 3.2.1 Rappels anatomiques..... | 6 |
| 3.2.2. Rappel histologique..... | 8 |
| 3.3. Rappel sur le cancer..... | 11 |
| 3.3.1. Définition..... | 11 |
| 3.3.2 Histoire naturelle..... | 11 |
| 3.3.3 Facteurs de risque..... | 13 |
| 3.3.5 Épidémiologie du cancer du col de l'utérus..... | 15 |
| 3.3.6 Diagnostic..... | 15 |
| 3.3.7 Examens paracliniques..... | 19 |
| 3.3.8. Anatomopathologie..... | 20 |
| 3.3.9. Types histologiques..... | 22 |
| 3.3.10. Classification..... | 24 |
| 3.3.11. Pronostic..... | 26 |
| 3.3.12. Aspects thérapeutiques..... | 27 |
| 3.3.13. Prévention..... | 31 |
| ANNEXES..... | 71 |

○ Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.

Cher maitre,

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse. Derrière cet enseignant rigoureux, amoureux de la ponctualité et du travail bien fait, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Pour vos conseils et votre grande disponibilité, recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance

Table des matières

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau I: Classification du cancer du col utérin selon FIGO et TNM | 24 |
| Tableau II : Répartition des femmes en fonction de la tranche d'âge | 44 |
| Tableau III : Répartition des femmes en fonction des professions | 45 |
| Tableau IV: Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial | 45 |
| Tableau V : Répartition des femmes en fonction du niveau d'éducation..... | 46 |
| Tableau VI : Répartition des femmes en fonction du régime matrimonial | 46 |
| Tableau VII: Répartition des femmes en fonction de l'âge au premier rapport .. | 47 |
| Tableau VIII: Répartition des femmes en fonction du type de visite | 47 |
| Tableau IX : Répartition des femmes en fonction des motifs de consultation | 48 |
| Tableau X : Répartition des femmes en fonction de l'utilisation des méthodes de contraception | 48 |
| Tableau XI: Répartition des femmes en fonction de la parité | 49 |
| Tableau XII: répartition des femmes en fonction de l'âge à la première menstruation..... | 49 |
| Tableau XIII: Répartition des femmes en fonction du statut de dépistage | 50 |
| Tableau XIV : Répartition des femmes en fonction jsc visible | 50 |
| Tableau XV : Répartition des femmes en fonction <i>d'IVA</i> positif | 51 |
| Tableau XIX: Répartition des femmes selon l'histologie et le statut matrimonial | 54 |
| Tableau XX: Répartition des femmes selon l'histologie et l'utilisation méthode de contraception : | 55 |
| Tableau XXI: Répartition des femmes selon l'histologie et la parité | 56 |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1: Anatomie générale du col utérin | 7 |
| Figure 2: Epithélium pavimenteux stratifié de l'exocol | 9 |
| Figure 3: Épithélium cylindrique de l'endocol | 10 |

| | |
|--|----|
| Figure 4: Jonction pavimento-cylindrique | 11 |
| Figure 5: Structure du virus HPV | 12 |
| Figure 6: Histoire naturelle de l'infection à HPV | 14 |
| Figure 7: a) Image d'un col négatif; b) Image d'un col positif après l'application de l'acide acétique | 16 |
| Figure 8 : a) Image d'un col iodo-négatif ; b) Image d'un col iodo-positif | 16 |
| Figure 9: Réalisation du frottis cervico-utérin | 17 |
| Figure 10 : colposcopie après l'acide acétique et lugol | 18 |
| Figure 11: Col avec un cancer invasif..... | 22 |
| Figure 12: Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif | 22 |
| Figure 13: Coupe histologique d'un adénocarcinome | 23 |
| Figure 14: Carte géographique de la commune III du district de Bamako | 34 |

ABREVIATIONS

CI : Cancer Invasif

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra –Epithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DDR : Date des Dernières Règles

FCV : Frottis Cervico Vaginal

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

HPV/VPH : Human Papillomavirus/Virus du Papillome Humain

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IV : Inspection Visuelle

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application du Lugol

JPC : Jonction Pavimento- Cylindrique

LIEBG : Lésions Intra –Epithéliales de Bas Grade

LIEHG : Lésions Intra – Epithéliales de Haut Grade

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisme Non Gouvernemental

PNLCC : Programme National de Lutte Contre le Cancer

RAD : Résection à l'Anse Diathermique

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZR : Zone de Remaniement

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est un problème majeur de santé publique à travers le monde. Il est le 4^{ème} cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la 4^{ème} cause de décès par cancer chez les femmes, avec environ 604 000 nouveaux cas et environ 342 000 décès dans le monde en 2020 [1].

En Afrique, il vient en 2^{ème} position avec environ 118 000 nouveaux cas et est également la 2^{ème} cause de mortalité parmi les cancers féminins avec près de 77 000 décès enregistrés la même année [1].

Au Mali, toujours en 2020, il vient en 2^{ème} position parmi les cancers féminins avec 1934 cas environ et 1409 décès soit 13,7% [1].

Il est actuellement bien établi que le papillomavirus humain (HPV) est l'agent pathogène principal du cancer du col utérin. D'autres facteurs sexuels et non sexuels interviennent comme cofacteurs de la progression de l'infection à HPV vers le cancer du col de l'utérus

[2,3]. Le cancer du col utérin est précédé par une phase précancéreuse qui peut durer plusieurs années avant l'apparition des symptômes cliniques, dont le signe majeur est l'hémorragie génitale [4]. Plusieurs souches de HPV ont été identifiées à ce jour chez l'homme dont les plus fréquentes sont les 16 et 18. Le HPV 16 serait retrouvé dans 50% des carcinomes épidermoïdes du col ; le HPV18 serait observé dans 10% des carcinomes ano-génitaux et dans la majorité des adénocarcinomes du col de l'utérus.

La prévention primaire par la vaccination contre les papillomavirus humains représente une nouvelle piste dans la lutte contre le cancer du col en prévenant le développement des lésions précancéreuse. Ainsi les techniques reposant sur un examen visuel après application d'acide acétique et de lugol faisant appel à une technologie simple et abordable ont été proposées par l'OMS pour les pays en développement et pourraient constituer une alternative à la cytologie conventionnelle. L'augmentation de la mortalité serait due au diagnostic tardif des

lésions cancéreuses, 83% des cas de cancers du col sont diagnostiqués à un stade très avancé [5]. Ainsi, notre étude a pour but de décrire l'épidémiologie des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Quels sont les profils épidémiologiques des lésions précancéreuses et cancéreuse du col de l'utérus dans le centre de santé de référence de la commune III ?

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

- ✚ Etudier les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans le service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune III.

2. Objectifs spécifiques

- ✚ Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus
- ✚ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus.
- ✚ Décrire les aspects cliniques et histologiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. Définition

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions. Il est dû dans plus de 95% des cas aux virus HPV (Human papillomavirus). En effet il existe des lésions précurseur qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer. Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications à savoir les dysplasies, néoplasies, intra épithéliales (CIN), lésions précancéreuses de bas et de hauts grades.

La survenue d'un cancer du col pourrait donc être assimilée à une longue période de négligence de la part des femmes et des agents de santé.

Typiquement elles sont infra cliniques [6].

3.2. Rappels

3.2.1 Rappels anatomiques

L'utérus est un organe impair et médian, situé dans le petit bassin entre la vessie en avant et le rectum en arrière. C'est un organe sous-péritonéal. Il est composé du corps en haut et du col en bas, l'isthme est la zone de transition entre ces deux régions.

Le col utérin est la portion fibro-musculaire basse de l'utérus.

Il comprend :

- Une partie supérieure au-dessus du vagin qui se continue par le corps de l'utérus au niveau de l'orifice interne du canal cervical.
- Une partie intra vaginale ou *Portio Vaginalis* de forme cylindrique, elle mesure 3-4 cm de longueur et 2,5-3,5cm de diamètre. Ces dimensions peuvent cependant varier en fonction de l'âge, de la parité et du statut menstruel. Le canal endocervical met en relation la cavité utérine et le vagin. Il est de forme fusiforme en partant de son centre, il s'amincit et se

termine en pointe à chaque extrémité (orifices externe et interne du col). En son point le plus large, le diamètre du canal mesure en général 6-8mm.

Quand on place le spéculum, la partie visible du col est 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 l'endocol.

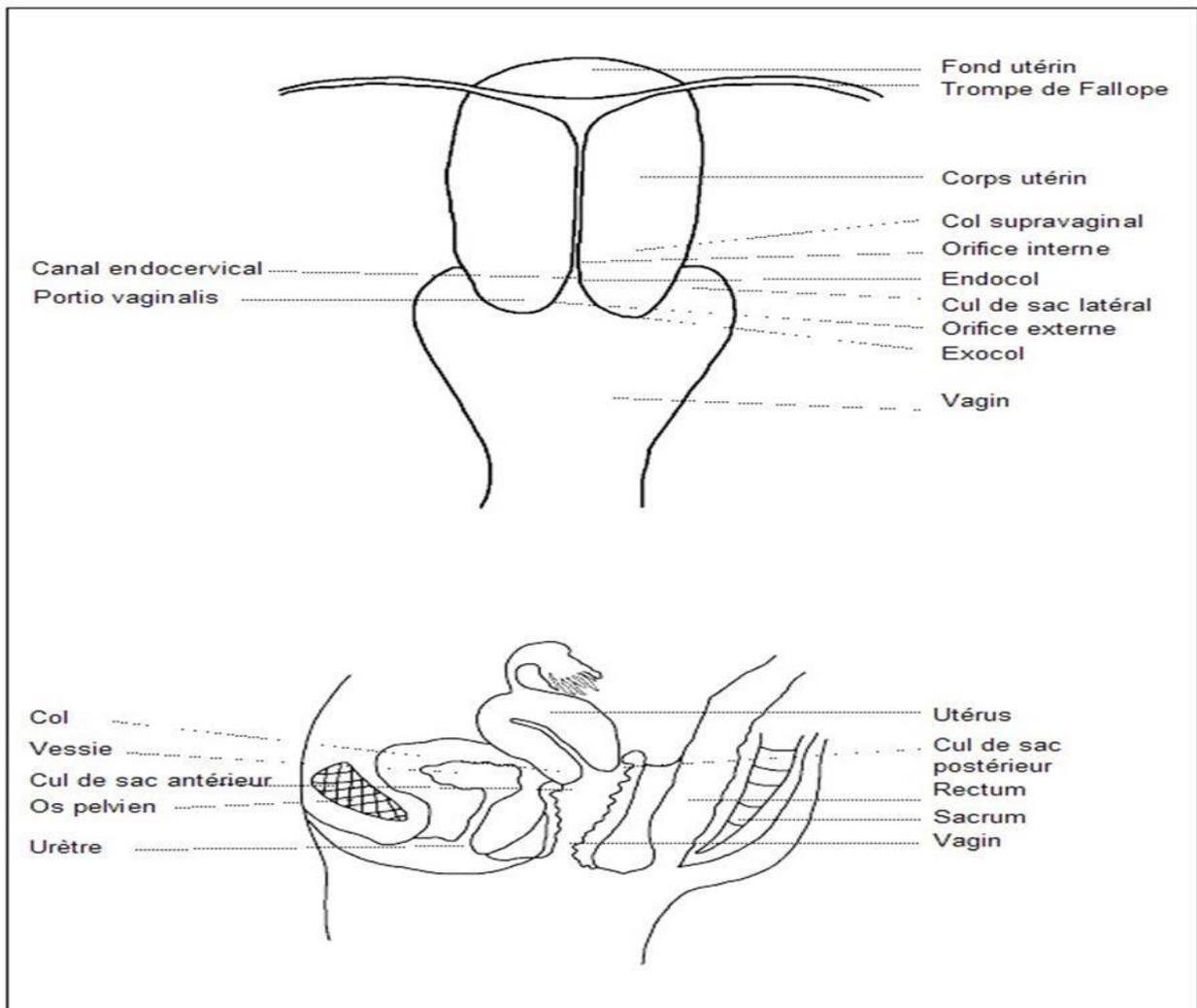


Figure 1: Anatomie générale du col utérin [7]

L'extension lymphatique à partir de l'utérus peut emprunter plusieurs voies :

- Propagation le long des vaisseaux utérins vers les ganglions du paramètre, les chaînes iliaques externes et obturatrices et/ou les ganglions hypogastriques progression en arrière le long des ligaments utérosacrés vers les ganglions de la concavité sacrée.

Le drainage lymphatique se fait vers les chaînes iliaques externes et internes, puis vers les chaînes iliaques primitives et lombo-aortiques. Les ganglions des chaînes iliaques primitives voire lombo-aortiques, peuvent être envahis sans atteinte d'autres relais.

3.2.2. Rappel histologique

a) Exocol

Il est normalement recouvert par un épithélium pluristratifié de type pavimenteux ou malpighien à peu près identique à celui qui tapisse la paroi vaginale. Il est chargé en glycogène et reparti en 6 parties (membrane basale et 5 couches), qui sont de la profondeur à la périphérie :

- La membrane basale sépare l'épithélium et le stroma.
- La couche germinatrice ou basale profonde, 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.
- La 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.
- La couche intermédiaire formée de 5 à 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.
- La couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS :

Elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme est occupé par du glycogène que le Lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène. La zone de desquamation, elle est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolement et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exocervical.

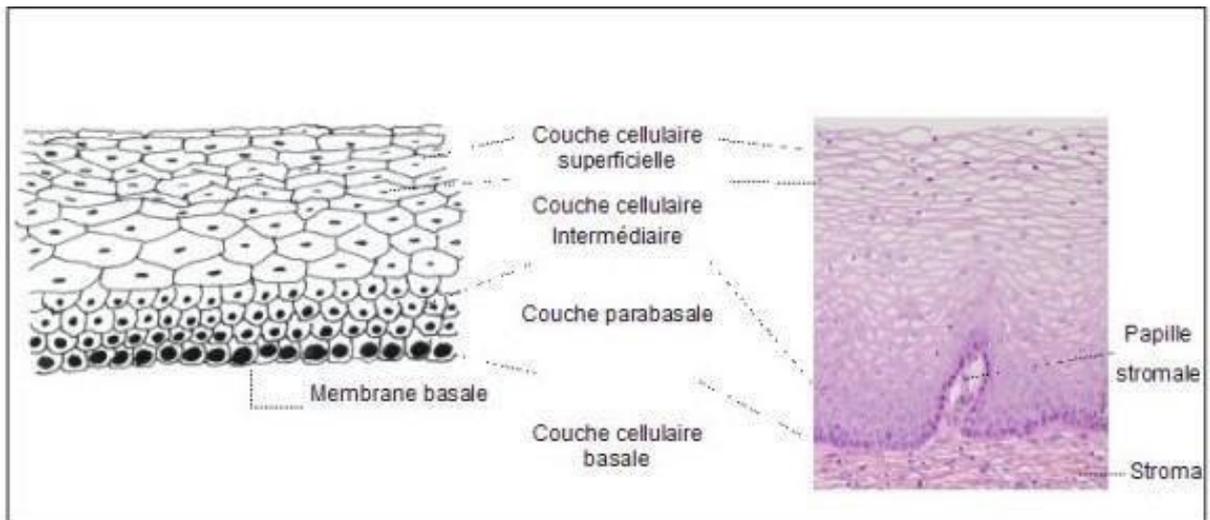


Figure 2: Epithélium pavimenteux stratifié de l'exocol [7]

b) Endocol

Il est tapissé par un épithélium unistratifié mucosécrétant. Les cellules sont cylindriques à noyau basal et un cytoplasme clair mucosécrétant. L'épithélium de l'endocol est plissé en cryptes ressemblant faussement à des glandes. Son renouvellement s'effectue à partir de cellules de réserves encore indifférenciées, disposées en couches discontinues. Dans certaines conditions pathologiques, ces éléments se multiplient et présentent une différenciation malpighienne à l'origine des épithéliums métaplasiques.

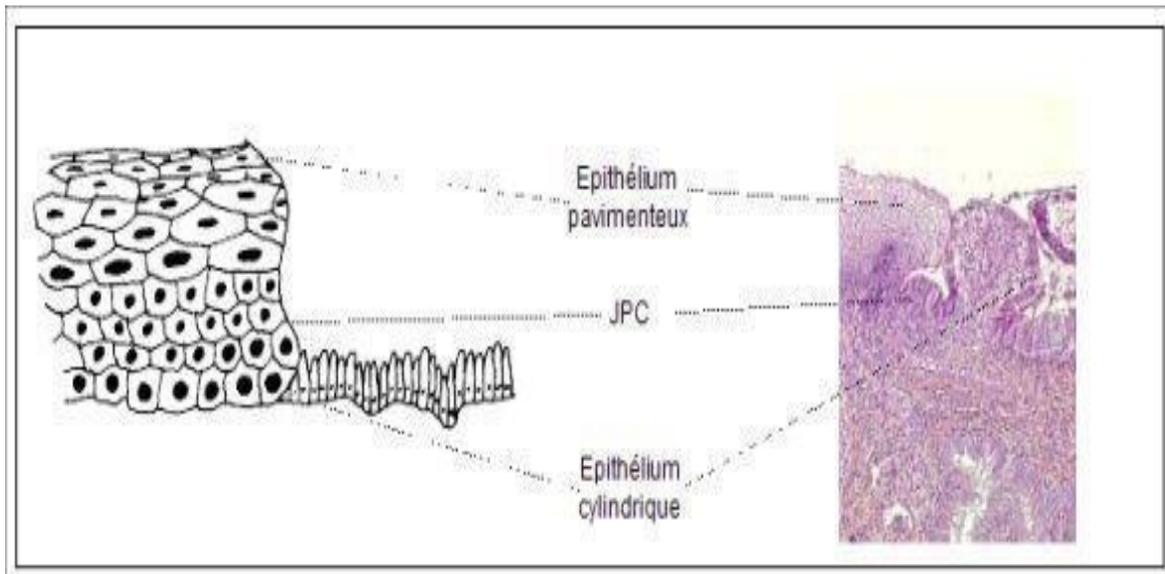


Figure 3: Épithélium cylindrique de l'endocol [7]

c) La jonction pavimento-cylindrique ou jonction exo-endocol

Normalement, elle correspond à l'orifice cervical externe, c'est-à-dire la réunion de deux épithéliums de hauteur différente : l'un malpighien pluristratifié et l'autre cylindrique unistratifié. Mais en pratique sa structure et sa topographie varient avec l'âge. Chez la fillette et la nullipare, l'orifice est presque fermé sauf au moment de l'ovulation et des règles.

La jonction est un cercle parfait et l'on passe le plus souvent sans transition d'un épithélium à l'autre.

Chez la multipare, la béance de l'orifice cervical, ses déchirures lors de l'accouchement, rendent la jonction imprécise et sa localisation variable d'un point à un autre par suite de l'éversion de la muqueuse cylindrique endocanalaire déportée vers l'exocol (ectropion).

Il se constitue alors entre les deux épithéliums une zone transitionnelle d'origine métaplasique appelée zone de transformation ou de remaniement qui mesure d'après Flush Mann F, 6 mm de long en moyenne (1-10 mm) chez l'adulte.

La zone de transformation est une zone particulièrement fragile, ulcérable qui subit des remaniements mécaniques et inflammatoires incessants rendant précaire sa consolidation d'où l'existence d'une variable pathologie de la jonction qui constitue en fait le point de départ des cancers.

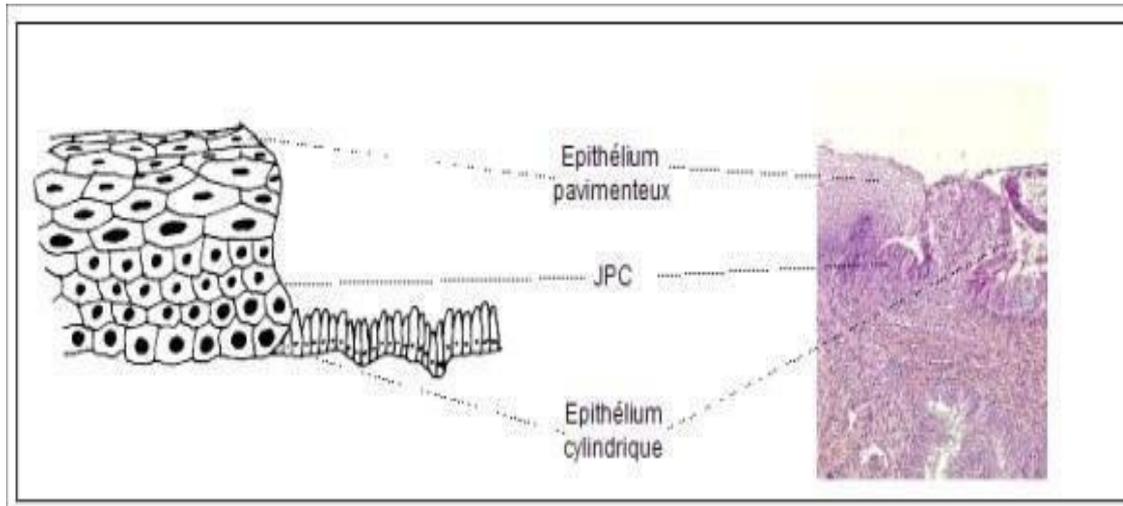


Figure 4: Jonction pavimento-cylindrique [7]

3.3. Rappel sur le cancer

3.3.1. Définition

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.

3.3.2 Histoire naturelle

Le cancer invasif du col de l'utérus est une maladie d'origine infectieuse à évolution lente qui met plus de dix ans à se développer, depuis la primo-infection par un papillomavirus humain oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses accompagnant la persistance de l'infection.

a) L'infection à Papillomavirus Humain (HPV)

Les papillomavirus humains ou HPV (Human Papilloma Virus) sont des virus nus (sans enveloppe) de petite taille (45 à 55 nm de diamètre) dont le génome est constitué d'ADN double brin de 8 000 paires de bases environ, avec un seul brin

codant et trois régions génomiques. La région L (Late) code pour les protéines de structure L1 et L2 composant la capsid. La région E (Early) code pour 7 protéines non structurales E1-E7 (Figure 5). Il existe un peu plus de 120 génotypes différents qui se distinguent en fonction de leur tropisme (cutané ou muqueux), de leur propriété biologique et de leur potentiel oncogénique (bas et haut risque). Ils infectent les cellules germinales de la couche basale des épithéliums malpigiens.

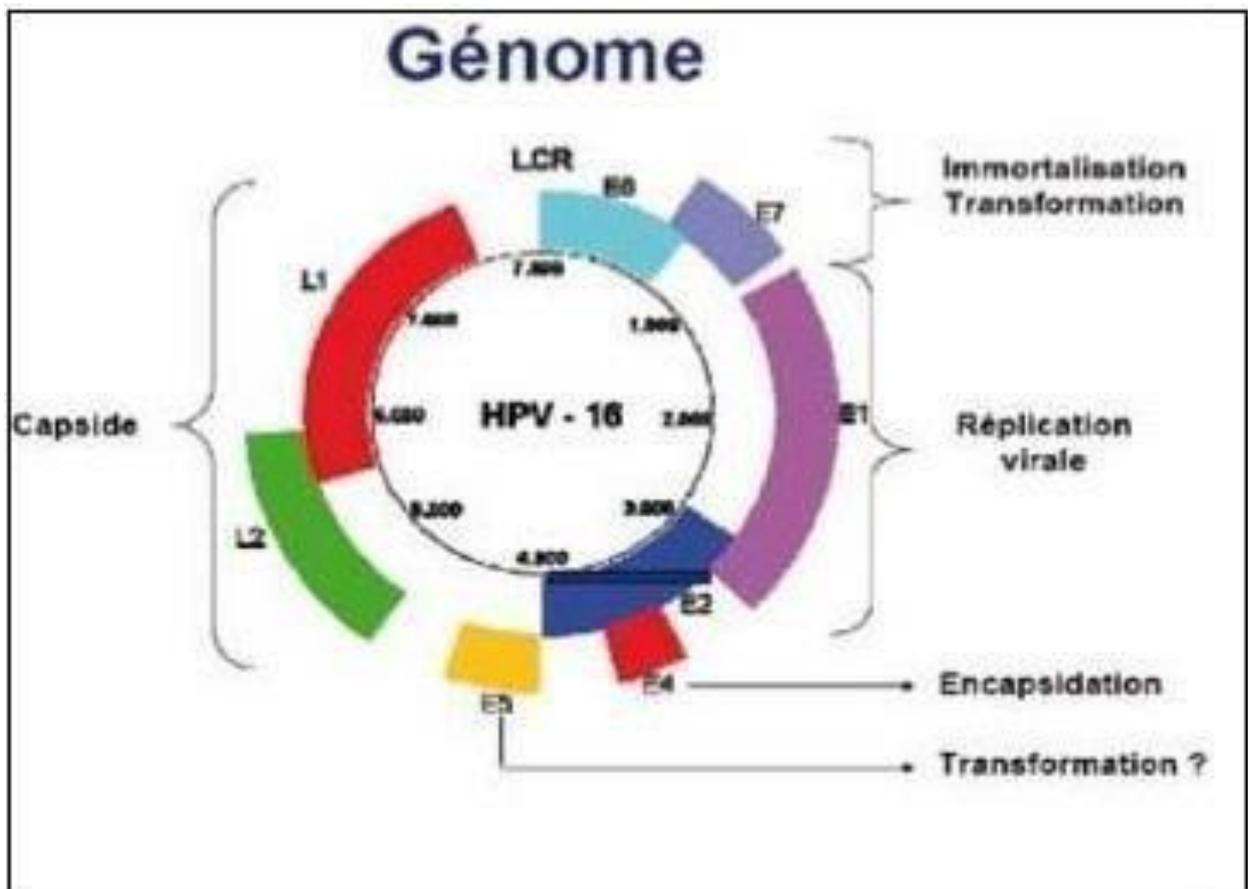


Figure 5: Structure du virus HPV [8]

L'infection génitale par un HPV est une des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus répandues chez les femmes jeunes sexuellement actives. Le nombre des nouvelles infections génitales par un HPV dans le monde est estimé à 30 millions par an. Il est estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV. L'infection persistante à HPV à haut risque oncogène est considérée comme facteur de risque du cancer du col utérin.

Ce virus est transmis par contact sexuel, souvent lors des premiers rapports ; la prévention de la transmission est très difficile : les méthodes de contraception dites de barrière (préservatif par exemple) ne sont que partiellement efficaces. Car le virus peut être présent sur toute la zone anogénitale (y compris sur des zones non protégées par le préservatif) et il peut demeurer infectieux pendant des années.

Il existe plus de 50 génotypes d'HPV pouvant infecter la sphère ano-génitale sur plus de 120 existants ; seuls 18 sont considérés à fort potentiel oncogène pour le col utérin dont 12 de façon bien établie. Parmi ceux-ci, 8 génotypes (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58) sont impliqués dans 95 % des cancers du col utérin.

Les génotypes 16 et 18 sont responsables dans les pays occidentaux d'un peu plus de 70 % des cancers du col utérin, ce qui explique qu'ils aient été choisis comme cible pour les vaccins anti-HPV. L'infection persistante à HPV oncogène est un facteur nécessaire mais non suffisant : moins de 5 % des femmes infectées par HPV 16 développeront un cancer du col utérin au cours de leur vie. Par ailleurs, il n'existe pas de définition consensuelle de la persistance : en général elle est définie par deux prélèvements positifs entre 12 et 18 mois d'intervalle. Dans la plupart des cas, en particulier chez la femme de moins de 30 ans, les infections à HPV sont transitoires et s'accompagnent de la disparition des anomalies cytologiques et histologiques qu'elles avaient pu induire. En effet, la clairance virale (élimination de l'infection virale) des HPV est assez rapide et fréquente, en moyenne 70 % des infections disparaissent en 12 mois et 90 % en 24 mois [6].

3.3.3 Facteurs de risque

Certains facteurs favorisent la persistance de l'infection ou sont des cofacteurs de la carcinogenèse (modérés en comparaison de l'infection persistante à HPV oncogène) ils peuvent être subdivisés en trois catégories :

- Cofacteurs liés au HPV : type viral, infections simultanées avec plusieurs types oncogéniques, quantités importantes de virus (forte charge virale).
- Facteurs endogènes : statut immunitaire, la parité (le risque de cancer augmente avec une parité importante)
- Facteurs exogènes : tabagisme, co-infection avec le VIH ou d'autres germes transmis sexuellement comme le virus herpès simplex 2, Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae, utilisation prolongée des contraceptifs oraux (> 5 ans).

3.3.4 Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses faisant suite à la persistance de l'infection génitale par un HPV à haut risque oncogène dont certaines sont des stades facultatifs (CIN 1 et CIN 2) et d'autres des étapes nécessaires (CIN 3) à l'apparition d'un cancer invasif [9].

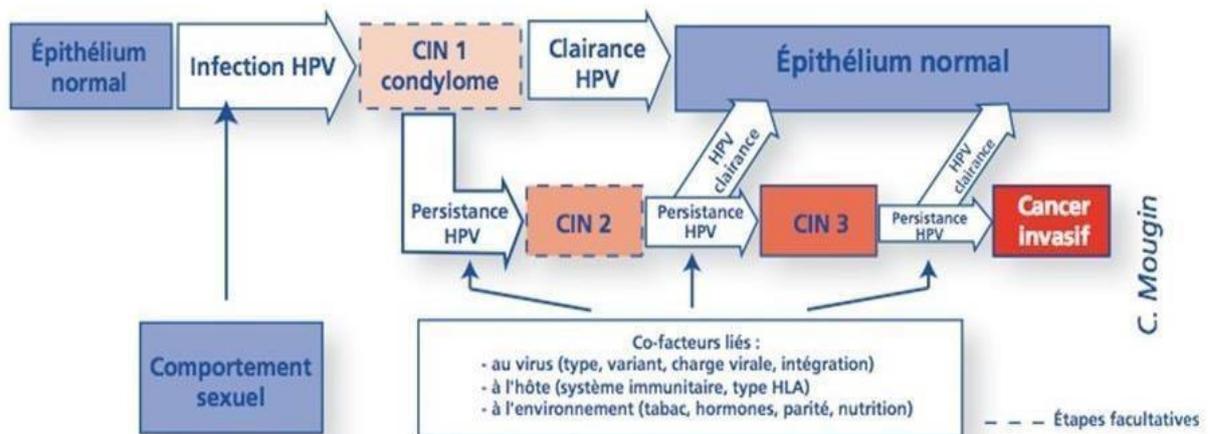


Figure 6: Histoire naturelle de l'infection à HPV [10]

L'évolution peut être « longtemps » locorégionale avec une extension vers les paramètres latéralement, le vagin en bas, le corps utérin en haut, la vessie en avant et plus rarement le rectum en arrière. Le franchissement de la membrane basale

définit le cancer invasif et expose à un risque d'extension vasculaire sanguine et lymphatique et d'une progression vers l'espace para-cervical et les paramètres.

3.3.5 Épidémiologie du cancer du col de l'utérus

Le cancer cervical demeure toujours un problème de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en développement.

Il est le 4^{ème} cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la 4^{ème} cause de décès par cancer chez les femmes, avec environ 604 000 nouveaux cas et 342 000 décès dans le monde en 2020 [1].

Il occupe la 2^{ème} position chez la femme dans les pays en développement. Selon les données récentes de 2020, il représente le 2^{ème} cancer féminin avec 1934 cas environ et une mortalité estimée à 1409 décès.

Au Cameroun, il représente le 2^{ème} cancer féminin avec 2770 cas et une mortalité estimée à 1787 décès [1].

3.3.6 Diagnostic

a) Forme asymptomatique [11]

Le cancer de diagnostic para clinique est dépisté par un frottis cervico vaginal systématique. Idéalement le cancer du col de l'utérus devrait être diagnostiqué à ce stade, la patiente bénéficiant d'un pronostic aussi bon que possible.

Le diagnostic est posé par l'examen histologique des biopsies effectuées et orienté par la colposcopie, ou est mis en évidence sur la pièce de conisation.

b) Forme symptomatique [11]

On détecte des signes fonctionnels si typiques, la tumeur cervicale provoque des métrorragies de sang rouge, peu abondantes, provoquées par des rapports sexuels ou la toilette intime, indolores, capricieuses, survenant en dehors des règles qui peuvent être accompagnées de leucorrhées. On peut retrouver aussi des écoulements séro-purulents excessifs, douleurs dorsales, douleurs abdominales

c) Spéculum

Examen qui montre des lésions macroscopiques évocatrices sous la forme d'un bourgeon exophytique saignant au contact, ou sous la forme d'une ulcération sanieuse, irrégulière, à base indurée.

✦ Méthodes de dépistages visuels [12] :

-L'IVL (Inspection visuelle après application de lugol) consiste à appliquer une solution à base d'iode pour obtenir une coloration temporaire des cellules cervicales normales en brun, laissant les cellules anormales avec une apparence jaune ou non colorée.

-L'IVA (Inspection visuelle après application de l'acide acétique) consiste à badigeonner le col avec une solution contenant 3 à 5 % d'acide acétique (vinaigre), avant l'inspection visuelle. Les différences de structure et d'opacité des cellules précancéreuses font paraître les cellules anormales temporairement blanches quand elles sont exposées à cette solution. Le personnel effectuant le test peut ainsi déterminer si le résultat est positif ou négatif en ce qui concerne la présence de lésions précancéreuses ou de cancer.

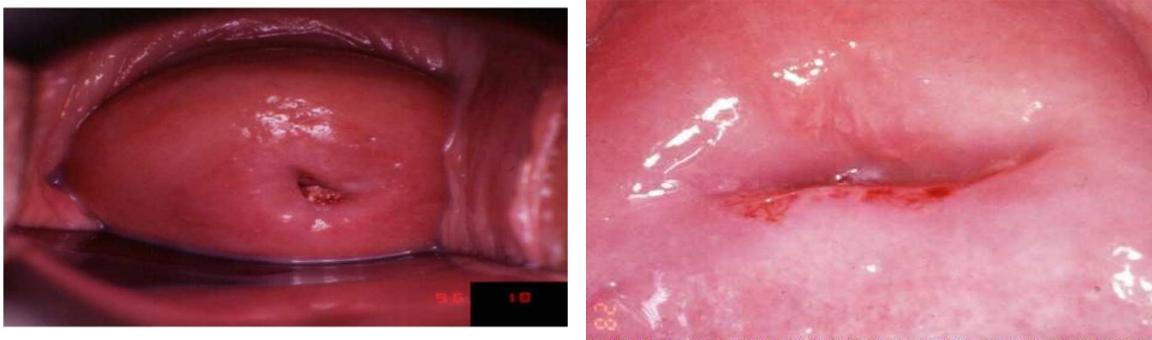


Figure 7: a) Image d'un col négatif; b) Image d'un col positif après l'application de l'acide acétique

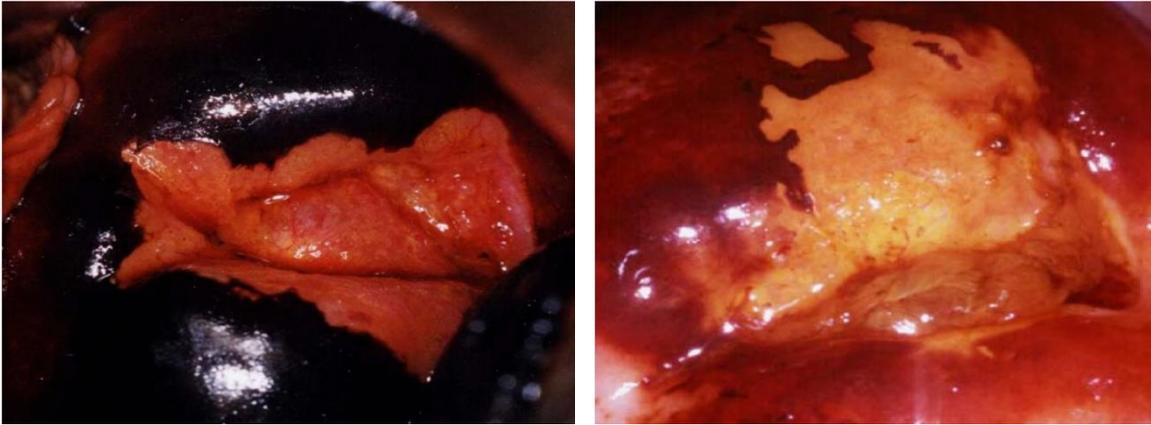


Figure 8 : a) Image d'un col iodo-négatif ; b) Image d'un col iodo-positif

Toucher vaginal

Confirme les 2 cas essentiels que sont le saignement au contact et l'infiltration locale. Il est indispensable d'effectuer cet examen clinique sous anesthésie générale afin de préciser le volume tumoral (pour de nombreux auteurs, le volume tumoral serait un facteur essentiel du pronostic). L'extension locorégionale aux paramètres et à la paroi vaginale, à la vessie et au rectum. En effet sans anesthésie, le stade clinique est souvent sous-évalué. De plus, il est alors possible d'effectuer des biopsies des zones suspectes

e) Frottis

Il permet de prélever les cellules qui desquament de l'épithélium pavimenteux exocervical. Il doit intéresser la zone de jonction pavimento-cylindrique où les lésions sont habituellement les plus graves. Le frottis cervico vaginal de dépistage doit être effectué au moins une fois tous les trois ans. En effet la moyenne de transformation d'une dysplasie de haut grade en cancer invasif avoisine 3-4ans. Néanmoins certaines formes sont extrêmement évolutives (femme < 35 ans) et leur dépistage semble difficile, voire impossible.



Figure 9: Réalisation du frottis cervico-utérin

f) Colposcopie

Examen à la loupe binoculaire du massif cervical, doit être effectué dès que l'aspect des frottis évoque une lésion histologique dysplasique (de haut ou de bas grade). Le test au Lugol met en évidence une zone iodo négative.

Si la JPC est totalement visible, une biopsie à la pince est accomplie.

Si la JPC n'est pas vue en totalité car partiellement ou totalement endo cervicale, il convient d'effectuer une conisation diagnostique afin d'examiner la lésion en totalité. L'examen histologique des biopsies cervicales ou de la pièce de conisation permet de différencier le carcinome in situ ou néoplasie cervicale intra épithéliale de stade 3, qui respecte la basale, du carcinome invasif où la basale est rompue.

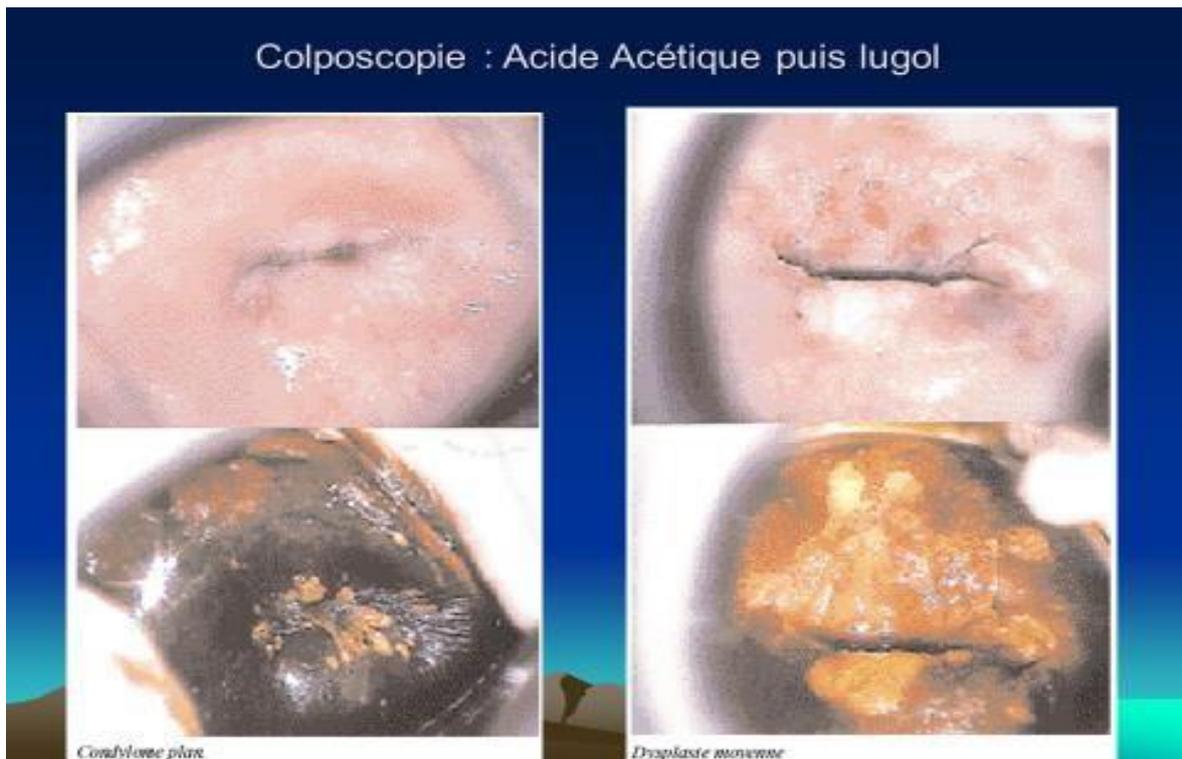


Figure 10 : colposcopie après l'acide acétique et lugol

3.3.7 Examens paracliniques [11]

a) Scanner thoraco-abdomino-pelvien

Le bilan d'extension à distance repose sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP). Le scanner TAP est systématique, il doit être réalisé avec injection du produit de contraste. L'objectif de cet examen est la recherche de métastases hépatiques, pulmonaires, osseuses et de la carcinose péritonéale. Il permet également d'établir un bilan lésionnel rénal en cas d'envahissement des uretères.

Autres (Surtout bilan d'extension)

Imagerie par résonance magnétique (I.R.M) : Elle visualise bien la tumeur primitive, donne ses mensurations tridimensionnelles, les dimensions de l'endocol et de l'exocol, voire l'envahissement en profondeur dans l'endocol et l'endomètre. Elle étudie également l'extension paramétriale et l'état des cloisons vésico et recto vaginale.

L'Urographie Intraveineuse (U.I.V) : C'est l'examen capital, qui permet d'apprécier le fonctionnement rénal et d'apprécier l'intégrité de l'uretère. **La cystoscopie** : Elle permet d'apprécier l'état de la muqueuse vésicale. En cas d'œdème, d'hyper vascularisation, d'ulcération ou de bourgeons hémorragiques, une biopsie doit être réalisée.

L'Échographie : Permet aussi d'apprécier la muqueuse vésicale mais en plus les paramètres. Elle peut être complétée par la cystoscopie en cas d'anomalie. **La rectoscopie** : Elle apprécie l'état du rectum surtout dans le cas des cancers à développement postérieur.

La lymphographie : Du fait de l'existence des faux négatifs et des faux positifs, elle n'est plus demandée de façon systématique.

Tous ses bilans d'extension sont complétés par des bilans de retentissement à savoir une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique. **b) Biologie**

Le bilan est à adapter aux antécédents de la patiente ainsi qu'à la nature de son traitement et peut comporter un hémogramme, un bilan rénal et hépatique. Pour les carcinomes épidermoïdes, le dosage du marqueur SCC peut être utile pour le suivi.

3.3.8. Anatomo-pathologie

a) Biopsie tumorale

Elle permet d'analyser les échantillons des tissus apparemment anormaux afin de déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non. Elle ne doit être effectuée que sur une lésion clinique macroscopiquement évidente. Nous distinguons successivement les structures histologiques de la tumeur qui restent indépendantes de son évolution pour en décrire ensuite les apparences macroscopiques et étudier pour terminer sa propagation. **b)**

Étude microscopique

Le passage du cancer in situ du col de l'utérus au cancer invasif vrai se fait par le stade micro invasif. Les épithéliomas du col utérin se divisent en 2 groupes :

- Les épithéliomas épidermoïdes ou malpighiens
- Les épithéliomas glandulaires ou adénocarcinomes.

c) Étude macroscopique

Les premiers stades de l'invasion néoplasique ne sont décelables que par examen microscopique et lorsqu'il se manifeste macroscopiquement, c'est le plus souvent dans la zone de jonction exo-endocol. Tout d'abord apparait une zone périforificielle, indurée, granuleuse, iodo-négative, saignant facilement, qui va évoluer suivant 2 modalités différentes :

- La forme bourgeonnante ou exophytique caractérisée par la prolifération de végétations, grisâtre, plus ou moins volumineuse, friable, hémorragique pouvant envahir le vagin et réalisant l'aspect en << chou-fleur >>.
- La forme infiltrante ou endophytique avec un col augmenté de volume et infiltré.

Par la suite apparaissent des ulcérations à bord déchiquetées qui reposent sur une base indurée et saignant facilement au contact.

Dans les formes avancées, ces 2 aspects se combinent pour former un véritable cratère végétant et ulcéré. La forme ulcéralive, avec un cratère végétant plus ou moins volumineux, hémorragique, à base indurée.

Dans certains cas l'origine du cancer se situe dans l'endocol avec une infiltration massive circonférentielle de 5 à 6 cm ou plus, réalisant le tableau clinique du cancer en barillet.

3.3.9. Types histologiques

a) Épithéliomas épidermoïde (cancer épidermoïde ou malpighien). Ils représentent 90-95% des cancers du col. Ils sont faits de cellules ressemblant à celles de l'épithélium épidermoïde et on en distingue 3 grands types :

- Kératinisant
- Non kératinisant à grandes cellules.
- Non kératinisant à petites cellules.

Ils naissent dans la zone de jonction entre épithélium cylindrique et épithélium malpighien (jonction exocol-endocol ou JPC) où ils succèdent à une CIN3.

L'invasion est d'abord minimale (épithélioma micro invasif, qui ne dépasse pas 5mm en profondeur) puis s'accroît. Suivant la situation de la zone de jonction au début, le cancer épidermoïde se développe vers l'exocol ou vers l'endocol. La tumeur peut être bourgeonnante, infiltrant, ulcéro-bourgeonnante. La diffusion est d'abord locorégionale. Après le col, la tumeur envahit le tissu cellulaire pelvien (paramètre surtout) et les organes voisins (vagin, uretères, et vessie particulièrement), puis elle se propage aux ganglions lymphatiques satellites (ganglions iliaques externes surtout). Au-delà du pelvis, la diffusion se fait en général par voie lymphatique (ganglions aortiques, mexicanisation, et sus claviculaires) et moins par voie veineuse (en ordre décroissant : foie, poumons, squelettes).

Autres tumeurs épithéliales : Carcinome adénosquameux, tumeur carcinoïde, carcinome à petites cellules, carcinome indifférencié.

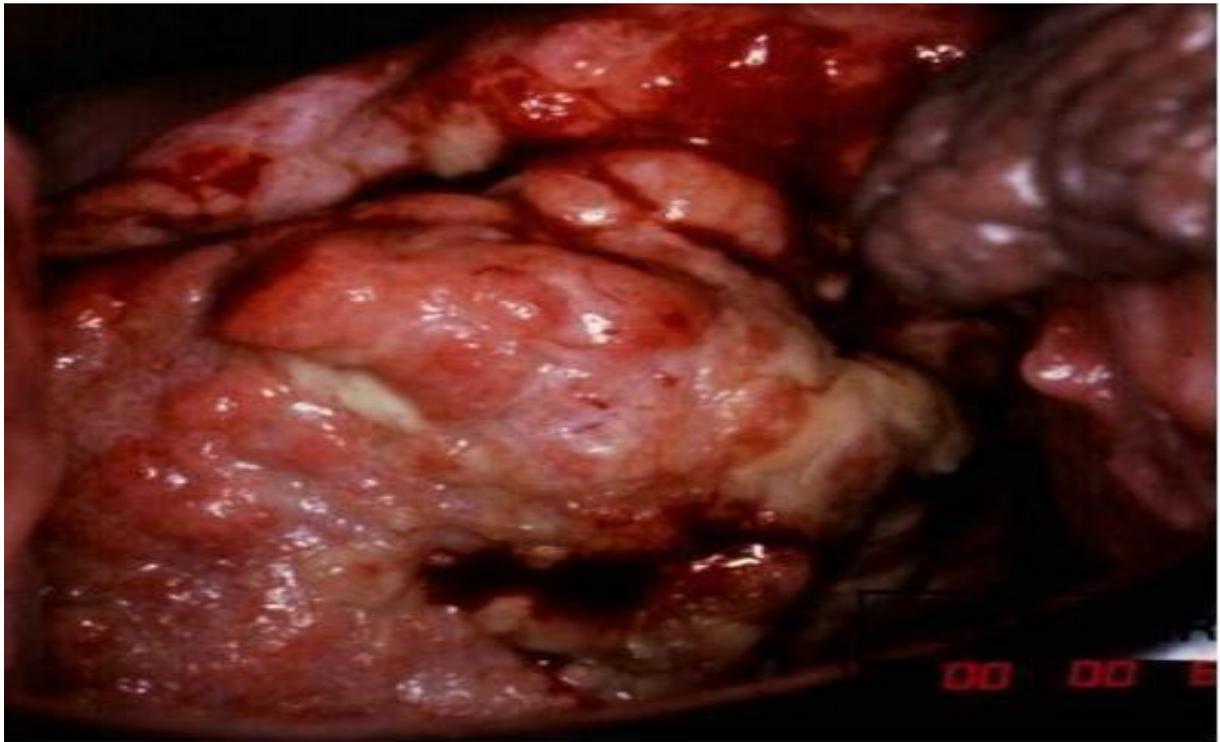


Figure 11: Col avec un cancer invasif [7]

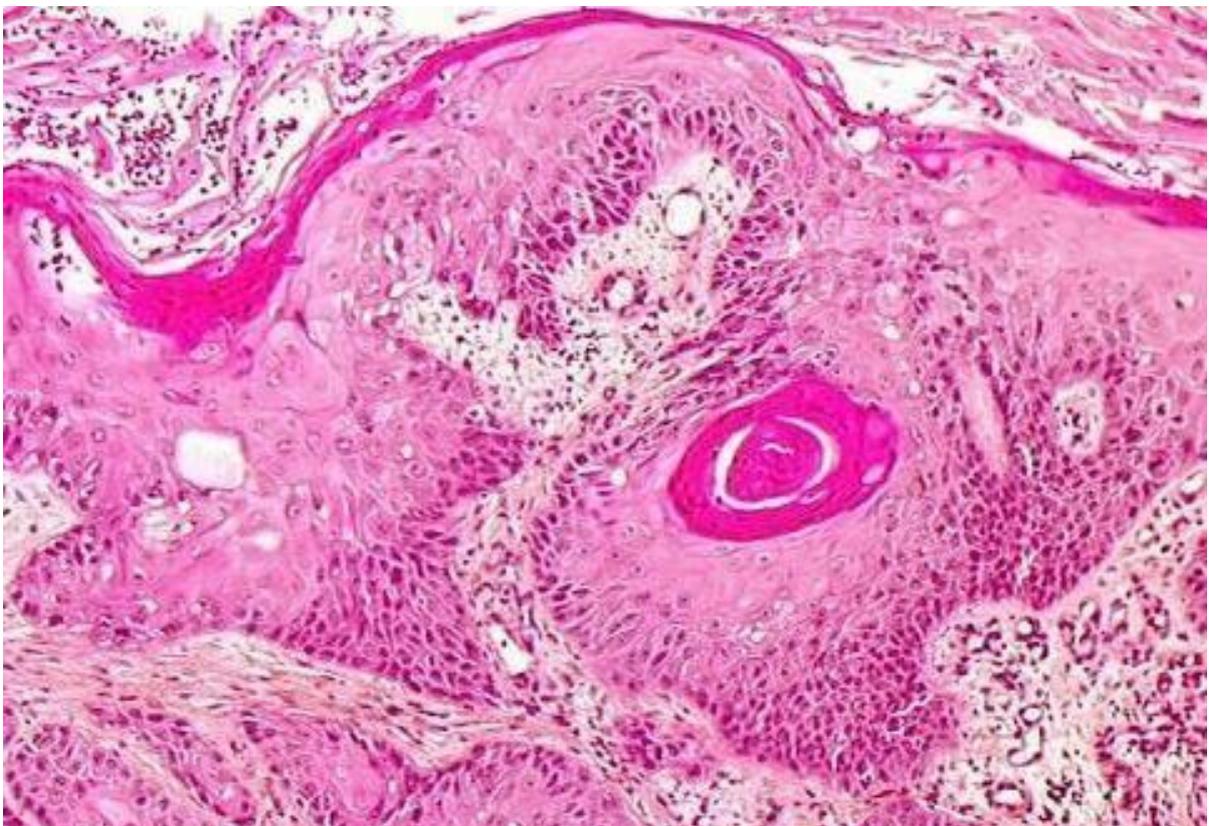


Figure 12: Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif [7]

b) Adénocarcinome

Les adénocarcinomes cylindriques glandulaires (10% des cancers) sont habituellement faits de cellules ressemblant aux cellules cylindriques de l'endocol. Ils naissent de la muqueuse cylindrique et ont en général un développement endocervical. Ils sont souvent en cause dans les formes de la femme jeune et de pronostic redoutable. C'est souvent l'adénocarcinome qui est en cause dans les formes rapidement évolutives sur terrain immunodéprimé.

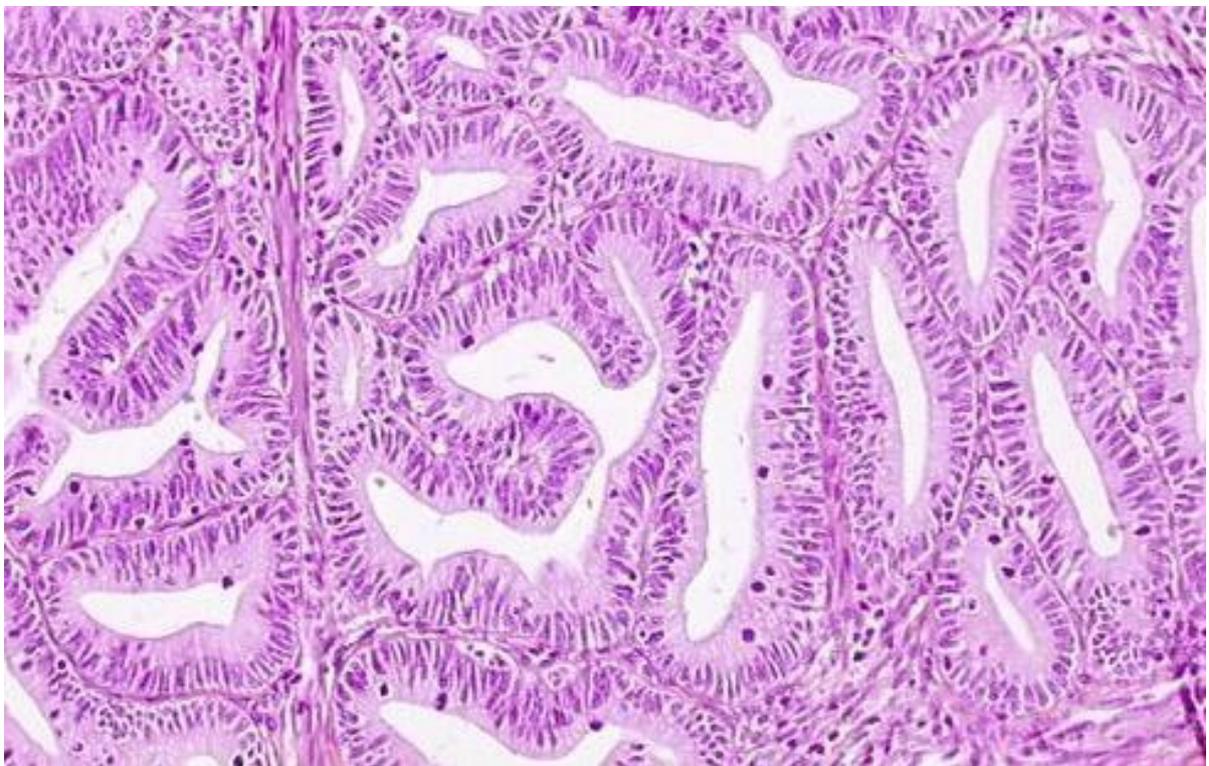


Figure 13: Coupe histologique d'un adénocarcinome [7]

Rarement on retrouve un cancer secondaire, un sarcome, un carcinome méso-néphrotique, un mélanome, les cancers à cellules claires, les cancers colloïdes.

3.3.10. Classification

a) Classification TNM

Elle est basée sur l'extension locale et locorégionale et la plus utilisée est celle proposée par la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique), révisée en 2009 (Tableau 2)

Tableau I: Classification du cancer du col utérin selon FIGO et TNM [11]

| Stades | Critères |
|-------------------|---|
| Stades I | Tumeur limitée au col de l'utérus |
| IA | Carcinome invasif ne pouvant être diagnostiqué que par la microscopie (non visible cliniquement ou en imagerie), dont la profondeur d'invasion est inférieure à 5 mm |
| IA1 | Profondeur d'invasion du stroma inférieure à 3 mm |
| IA2 | Profondeur d'invasion du stroma supérieure ou égale à 3 et inférieure à 5 mm |
| IB | Lésion reconnaissable cliniquement, limitée au col ou lésion préclinique supérieure au stade IA |
| IB1 | Profondeur d'invasion du stroma supérieure ou égale à 5 mm et plus grand diamètre tumoral inférieur à 2 cm |
| IB2 | Plus grand diamètre tumoral supérieur ou égal à 2 cm mais inférieur à 4 cm |
| IB3 | Plus grand diamètre tumoral supérieur ou égal à 4 cm |
| Stades II | Extension au-delà du col utérin, n'atteignant pas la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin |
| IIA | Envahissement des deux tiers supérieurs du vagin sans atteinte paramétriale |
| IIA1 | Plus grand diamètre tumoral inférieur à 4 cm |
| IIA2 | Plus grand diamètre tumoral supérieur ou égal à 4 cm |
| IIB | Envahissement paramétrial sans atteinte de la paroi pelvienne |
| Stades III | Extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou atteignant le tiers inférieur du vagin et/ou sténose urétérale/hydronéphrose/rein muet et/ou envahissement ganglionnaire pelvien et/ou para-aortique |
| IIIA | Atteinte du tiers inférieur du vagin, sans atteinte de la paroi pelvienne |
| IIIB | Atteinte de la paroi pelvienne et/ou sténose urétérale/hydronéphrose/rein muet |
| IIIC | Métastases ganglionnaires pelviennes et/ou para-aortiques |
| IIIC1 | Métastases ganglionnaires pelviennes |
| IIIC2 | Métastases ganglionnaires para-aortiques |
| Stades IV | Extension à la vessie, au rectum ou métastases à distance |
| IVA | Envahissement de la muqueuse vésicale ou rectale |
| IVB | Métastases à distance (y compris adénopathies inguinales ou au-dessus des veines rénales) |

En cas de doute, la classification inférieure doit être attribuée. a) l'imagerie et la pathologie peuvent être utilisées, le cas échéant, pour compléter les résultats cliniques concernant la taille et l'étendue de la tumeur, à tous les stades ; b) l'envahissement d'espaces vasculaires/lymphatiques ne modifie pas la stadification. L'extension latérale de la lésion n'est plus prise en compte ; c) ajout de la notation de r (radiologie) et de p (pathologie) pour indiquer les résultats utilisés pour classer en stade IIIC. Par exemple : si l'imagerie indique une atteinte métastatique ganglionnaire pelvienne, le stade correspond au stade IIIC1r et, si elle est confirmée par des résultats anatomopathologiques, au stade IIIC1p. Le type de modalité d'imagerie ou de technique de pathologie utilisée doit toujours être documenté.

b) Classification histologique

- Carcinome épidermoïde : on y retrouve le carcinome épidermoïde kératinisé, non kératinisé, verruqueux, papillaire, pseudo-lymphoépithéliomateux.
- Adénocarcinome : on y rencontre l'adénocarcinome mucineux (de type cervical et intestinal), endométrioïde, à cellules claires, bien

différencié ou villoglandulaire, et séreux. Ce cancer est secondaire à des lésions précancéreuses cervicales ou dysplasies des deux tissus recouvrant le col, l'épithélium pavimenteux de l'exocol le plus souvent, et de la muqueuse endocervicale. Il existe donc deux principaux types histologiques de cancer du col utérin : les cancers épidermoïde (85% des cas) et les cancers glandulaires (10% des cas). □ Lorsque des cellules anormales ne franchissent pas la membrane basale, le carcinome est dit in situ.

□ Lorsque les cellules anormales envahissent le chorion cervical et franchissent la membrane basale il devient alors invasif.

Son évolution est tout d'abord locorégionale. Le volume tumoral conditionne le pronostic, dominé par l'envahissement lymphatique et les complications de l'arbre urinaire. Le traitement associe habituellement la radiothérapie et la chirurgie. Les échecs thérapeutiques sont dominés par les récives pelviennes.

3.3.11. Pronostic

Outre le stade clinique, tout facteur influe sur le pronostic :

- Volume tumoral : pour certains auteurs le volume tumoral est un facteur pronostic essentiel, l'envahissement ganglionnaire étant proportionnel à ce volume. De plus, les tumeurs volumineuses sont souvent différenciées et de pronostic plus péjoratif.
- Type histologique : il a moins de valeur prédictive que l'étendue de la tumeur. Le carcinome épidermoïde a un meilleur pronostic par rapport à l'adénocarcinome.

Certains types histologiques ont un mauvais pronostic : l'adénocarcinome séreux, le carcinome à petites cellules, le carcinome adénosquameux. Ils sont par des métastases péritonéales et ganglionnaires extensives et précoces.

3.3.12. Aspects thérapeutiques [13]

a) La chirurgie Hystérectomie

Des gestes d'exérèse localisés que sont les conisations ou les trachélectomies peuvent être réalisées à visée diagnostique ou thérapeutique en cas de stade précoce. L'hystérectomie peut être pratiquée par laparotomie et actuellement, le plus souvent par coelioscopie. La colpohystérectomie élargie est l'intervention la plus fréquemment réalisée. Les exentérations pelviennes sont envisagées pour les tumeurs centro-pelviennes atteignant la vessie ou le rectum. **Chirurgie**

□ ganglionnaire

La lymphadénectomie pelvienne peut être réalisée pour des stades précoces afin d'orienter la stratégie thérapeutique. Elle peut aussi être associée d'emblée à l'hystérectomie. La lymphadénectomie lomboaortique par laparoscopie à visée de stadification peut être proposée dans la prise en charge initiale de tumeurs localement avancées sans atteinte lomboaortique sur la TEP, ou en cas de stade précoce, après découverte d'une atteinte ganglionnaire pelvienne. L'objectif est ici d'identifier les patientes ayant une atteinte ganglionnaire lomboaortique afin de leur proposer une radiothérapie étendue à ce niveau. Le rôle carcinologique de cette chirurgie reste débattu. L'abord laparoscopique et rétro péritonéal est bien toléré.

b) La radiothérapie

C'est une méthode de traitement locorégionale utilisant les radiations ionisantes pour détruire les cellules tumorales tout en épargnant les tissus sains périphériques. Elle est composée :

- La curiethérapie : Parfois appelée brachythérapie (du mot grec 'Brachy' qui signifie « distance courte », brachytherapy en anglais) est une technique de radiothérapie consistant à amener une source radioactive scellée à proximité immédiate ou à l'intérieur du tissu tumoral.

- La radiothérapie externe : L'irradiation a pour but de détruire toutes les cellules tumorales tout en épargnant les tissus sains périphériques. Elle consiste à exposer le patient à des rayonnements ionisants (radioactifs) qui vont détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie externe associée à une chimiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie utéro vaginale est le traitement standard des stades IB1 avec envahissement ganglionnaire et des stades IB2, II, III, IVA, et certains IVB. En situation post opératoire, la radiothérapie est indiquée en cas de marge positive, d'atteinte ganglionnaire ou paramétriale. **c) La chimiothérapie**

La chimiothérapie est une méthode de traitement utilisant les substances cytotoxiques pour détruire sélectivement les cellules transformées. Elle peut être proposée pour traiter les cancers présentant des métastases à distance (au-delà de la cavité du pelvis). La chimiothérapie est alors utilisée seule ou associée à une radiothérapie, qui est le plus souvent externe. Elle permet de ralentir, voire dans certains cas d'arrêter, la progression de la maladie. Parmi les agents de chimiothérapie employés (seuls et parfois en association) : la Cisplatine (Platinol AQ et le 5-Fluorouracile (5-FU), Paclitaxel, Navelbine, Gemcitabine, Ifosfamide, Irinotécan (Camptosar). Au stade 4, la durée d'une chimiothérapie est variable et dépend de plusieurs facteurs : comme la tolérance au traitement, et l'efficacité de ce dernier.

d) Indications thérapeutiques des cancers du col de l'utérus

La prise en charge des cancers du col utérin a été formalisée dans les dernières recommandations conjointes de l'ESGO (European Society for Gynecological Oncology), de l'ESTRO (European Society for Radiotherapy and Oncology) et de l'ESPG (European Society of Pathology), qui confirment la chirurgie comme traitement de première intention des cancers détectés précocement et la chimioradiothérapie comme traitement de référence des cancers localement

évolués. Dans ces recommandations, une évolution notable est le fait que les cancers du col utérin doivent à présent être classés selon la TNM (Tumor/Node/Metastasis) et après discussion pluridisciplinaire intégrant les données de l'examen clinique, de l'imagerie et de l'anatomopathologie. La classification clinique de la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) doit toujours être rapportée, mais elle ne constitue plus la classification de référence, ne permettant pas une évaluation du statut ganglionnaire (en dehors de l'envahissement lomboaortique), qui est un facteur pronostique majeur.

Tumeurs de stade limité

CIS (carcinome in situ)

La conisation in sano constitue le traitement de référence des cancers in situ.

L'hystérectomie pourra être discutée au cas par cas en fonction de l'âge de la patiente, de la qualité de l'exérèse.

Stade IA

La chirurgie est le traitement standard des cancers de stade IA. La conisation est toujours nécessaire pour le diagnostic microscopique et l'appréciation des facteurs histo-pronostiques (profondeur d'invasion et embolies vasculaires).

- Les cancers de stade IA1 relèvent d'une conisation. Si les marges de celle-ci sont in sano, et en l'absence d'embolies, ce traitement est suffisant. En cas d'embolies, le traitement est alors identique aux tumeurs de stade IA2.
- Les cancers de stade IA2 s'accompagnent d'un risque ganglionnaire plus important justifiant d'une lymphadénectomie pelvienne habituellement coelioscopique. Localement, en cas de désir de préservation de la fertilité, une trachélectomie peut être proposée. Dans le cas contraire une hystérectomie simple peut être réalisée. En cas d'atteinte ganglionnaire, la prise en charge est similaire à celles des cancers localement avancés.

□ **Stade IB1**

Il correspond aux tumeurs de moins de 4 cm n'infiltrant ni le vagin ni les paramètres. Il n'y a pas de standard de traitement pour ces lésions. Elles nécessitent en revanche une prise en charge des aires ganglionnaires pelviennes. À l'inverse des tumeurs plus évoluées, la TEP a des performances décevantes dans le bilan d'extension régionale de ces tumeurs.

- Chirurgie d'emblée : colpohystérectomie élargie non conservatrice et curages ganglionnaires pelviens. En cas de facteurs de risques de rechute sur la pièce chirurgicale (taille > 4 cm, emboles, infiltration d'un paramètre, ou adénopathie positive), un traitement adjuvant par radiothérapie +/- chimiothérapie ou curiethérapie est proposé. En cas de découverte d'une adénopathie pelvienne métastatique lors du geste, il est préférable de ne pas réaliser l'hystérectomie, et de traiter la patiente selon les recommandations des tumeurs localement avancées.
- Curithérapie utérovaginale suivie 6 à 8 semaines plus tard de chirurgie : Le but de cette stratégie est de limiter les indications de radiothérapie adjuvante, connue pour augmenter la morbidité en postopératoire. Certaines équipes proposent un curage pelvien premier, d'autres le réalisent dans le même temps que l'hystérectomie.
- Association de radiothérapie externe suivie de curiethérapie. La dose de radiothérapie externe peut alors être diminuée, au profit de celle délivrée par curiethérapie.

Il existe d'autres stratégies, d'exception, et dont le but est la préservation de la fertilité. Elles s'adressent uniquement aux femmes en âge de procréer, désireuses de grossesse, avec des résultats carcinologiques satisfaisants sous réserve de bien sélectionner les indications. La trachélectomie élargie s'adresse aux patientes atteintes de tumeur de moins de 2 cm, sans emboles, et après exérèse complète

par conisation et curage pelvien négatif. Certaines études ont également rapporté des séries de patientes traitées par chimiothérapie néoadjuvante suivie de conisation.

Tumeurs de stade avancé

Pour les cancers du col utérin localement évolués, tout doit être fait pour éviter d'associer une radiothérapie et une chirurgie, compte tenu de la morbidité liée aux traitements cumulés et de l'absence d'impact sur la survie globale. Le traitement de l'association d'une radio-chimiothérapie concomitante suivie de curiethérapie utérovaginale. La colpohystérectomie de clôture n'a pas fait preuve de son efficacité, alourdit la morbidité tardive, et n'est pas recommandée en l'absence de maladie résiduelle ou de récurrence locale. **Stade IVB**

Ce groupe de tumeurs est hétérogène puisqu'associant des maladies régionales (extension lomboaortique ou inguinale) et métastatiques. Les premières relèvent d'une radiothérapie étendue aux aires ganglionnaires lomboaortique ou inguinales, les secondes, d'un traitement palliatif pouvant comprendre une radiochimiothérapie pelvienne afin d'éviter les progressions périnéales souvent douloureuses.

3.3.13. Prévention

Le traitement du cancer du col de l'utérus passe essentiellement par la prévention a)

Le frottis cervico-vaginal

Il est important pour les femmes de se soumettre à des examens gynécologiques et à des frottis cervico-vaginaux de manière régulière : cet examen est simple, il est réalisé par le médecin généraliste ou par le gynécologue, il consiste à prélever un petit échantillon de cellules sur le col de l'utérus (partie la plus basse en contact avec le vagin).

Il est recommandé que le frottis soit réalisé à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, tous les

3 ans après deux frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle.

b) La vaccination

Le **Gardasil** est le premier vaccin contre le papillomavirus, il a été mis au point le 06/10/2005 par le laboratoire Merck en association avec le laboratoire Sanofi Pasteur.

Ce vaccin n'est ni un traitement, ni une cure contre le cancer du col de l'utérus, ni contre les verrues génitales. Il est une prévention contre les infections causées par le papillomavirus de type 6 et 11 (responsables des verrues génitales), ainsi que le type 16 et 18 (responsables du cancer du col de l'utérus).

Administration : une série de trois injections, sur une période de 6 mois.

Efficacité : L'efficacité du vaccin contre le papillomavirus est maximisée si celui-ci est administré avant toute exposition au papillomavirus, notamment avant qu'une femme ou une jeune fille ne vive sa première relation sexuelle.

Ainsi pour une protection maximale on recommande une vaccination systématique des petites filles de 11 à 12 ans.

L'introduction du Gardasil sur le marché révèle une stratégie « de réduction » plutôt que « d'élimination ». En effet, le vaccin protège contre deux types de virus le 16 et 18, lesquels sont responsables de 70% des cas de cancer du col de l'utérus, sans pour autant offrir de protection contre les autres types de virus responsable de 30% des cas de cancer du col.

MATERIELS ET MÉTHODES

IV. MATERIELS ET METHODES

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune III (CSRéf. CIII) du district de Bamako.

Présentation du CSRéf de la commune III.

a) Superficie

La commune III : a une superficie de 23 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako avec 267 km² et est peuplée de 167545 habitants répartis entre 20 quartiers.

b) Population :

La population de la Commune III est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La densité de la commune avoisine les 3.920 habitants/Km².

c) Limites ou situation géographique Elle est limitée :

- Au nord par le cercle de Kati ;
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II ;
- Au Sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako ;
- A l'Ouest par la Commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour joindre la zone du Motel. Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakoro-dounfing ont été rattachés à la commune III sur demande expresse. La commune III comporte 20 quartiers : Badialan1, Badialan2, Badialan3, Bamako-coura, Bamakocoura-Bolibana, Darsalam, Centre commerciale, N'tomikorobougou, Dravela-Bolibana, Dravela, Kodabougou,

Koulouba village, Niomirambougou, Wôlôfôbougou, Wôlôfôbougou-Bolibana, Sokonafing- Minkoungo, Point G, Koulininko,

Sirakorodounfing, et Samè

CARTE DES QUARTIERS DE LA COMMUNE III

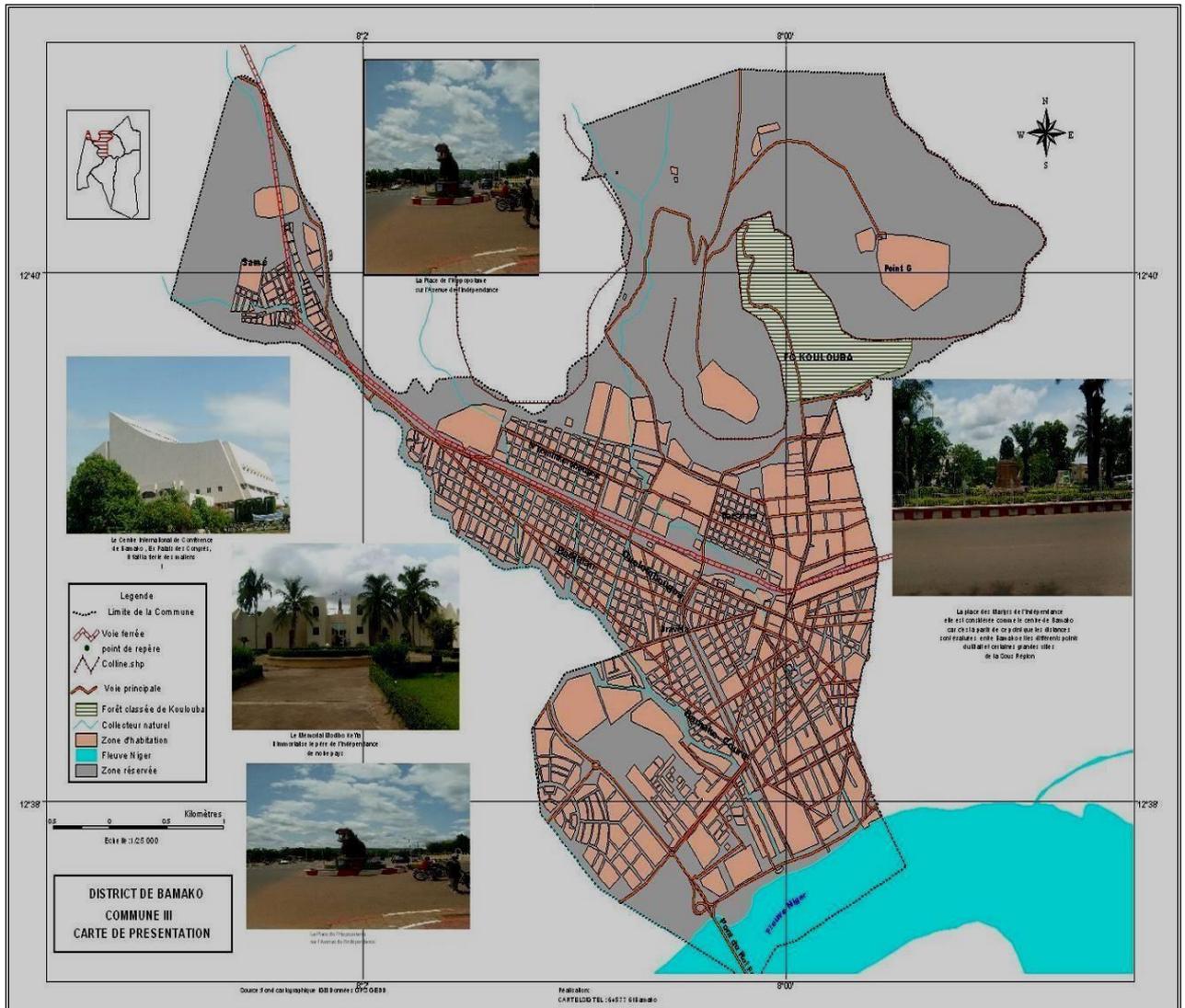


Figure 14: Carte géographique de la commune III du district de Bamako

Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes. Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 2013.

Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de Gynécologie obstétrique.

d) COMPOSITION :

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako Coura.

Il comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de Gastro-entérologie ;
- Le service d'urologie ;
- Le service de traumatologie ;
- Le service de cardiologie ;
- Le service de dermatologie ;
- Le service de Diabétologie ;
- Le service social ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service de rhumatologie
- Le service de chirurgie générale ;
- L'unité d'imagerie générale ;
- Le laboratoire d'analyse médicale ;
- Le bloc opératoire ;
- La brigade d'hygiène ;
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;

- Le service d'anesthésie réanimation du bloc opératoire ;
- La morgue ;
- Le service de gynéco-obstétrique ;

2- Description du service de Gynéco-Obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du centre. Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 5 lits ;
- Une salle des infirmières et des aides-soignantes ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une unité prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Une unité de soins après avortement (SAA) ;
- Cinq (5) salles d'hospitalisation avec dix (15) lits ;
- Une toilette externe pour le personnel ; - **Le personnel comprend :**
- Trois spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
- Deux (2) médecins généralistes ;
- Des sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse (35) ;
- Des infirmières Obstétriciennes (15) ;
- Anesthésistes (5) ;
- Assistants médicaux (4) ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne sont au nombre de quinze (20) ;

-Des manœuvres (8) ;
Thèse de médecine 2022-2023

□ **Fonctionnement du service :**

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24 heures sur 24. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens. Quatre (4) jours par semaine. Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et aides-soignantes.

Un staff se tient tous les matins pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc...).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une aide-soignante, un chauffeur, deux (2) manœuvres ; un médecin et un gynécologue. La visite quotidienne des patientes hospitalisées.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale avec recueil et rétrospectif des données portant sur les femmes âgées de 25 ans à 65 ans

Période et durée d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2022, soit une période de 2 ans.

3. Population d'étude :

Toutes les femmes ayant effectué le dépistage du cancer du col de l'utérus au CSRéf de la commune III par les méthodes visuelles.

4. Critères d'inclusion :

Toutes les femmes ayant un test IVA/ IVL positif et celle ayant des lésions suspectes de cancer du col dont l'âge est compris entre 25 ans à 65 ans et chez qui une biopsie cervicale a été réalisée pendant la période d'étude.

5. Critère de non inclusion :

Les femmes ayant un col sain

Les femmes en période de menstrues

Les femmes vierges

Les femmes enceintes

Les femmes dont l'âge est inférieure à 25ans et supérieure à 65ans Les femmes ayant refusées le processus de dépistage.

6. Support des données

Le support des données était constitué par :

- Le recueil des données à travers le questionnaire

Le registre de dépistage du CSRéf de la commune III.

7. Les variables étudiées :

-Mode d'admission

-Données sociodémographiques (âge ; profession ; niveau d'instruction ; statut matrimonial ; âge au premier menstruation, nombre de grossesse, Méthode de contraception, statut de dépistage) ;

-Motif de consultation ;

-Résultat de l'examen (test IVA et IVL ; histologie)

8.Matériel de travail

- Une table d'examen gynécologique avec support pour les jambes ;

- Une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col ;

- Un spéculum stérile (spéculum de colin) ;

- Une paire de gants ;

- Des écouvillons de coton ;

- Une pince pour prendre le coton ;

- Une pince à biopsie du col ;

- Une pince à cœur (polype) ;

- Un haricot ;
- Des cupules ;
- Une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% obtenue en ajoutant 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée ;
- Une solution de lugol préparé avec 10g d'iodure de potassium et 5g d'iode le tout dans 100 ml d'eau distillée.

La solution doit être stockée dans un récipient sombre hermétiquement fermé afin d'éviter l'évaporation de l'iode.

- Des flacons pour les biopsies du col ;
- Du formol à 10% ;
- Un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés ;
- Une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés.

10. Déroulement du travail

✦ Consentement des femmes :

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

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

En fonction des résultats des tests visuels, de la colposcopie, de l'histologie et de l'étendue de la lésion, un schéma thérapeutique et un suivi périodique sont élaborés. Tous les résultats de l'interrogatoire et des différents examens seront portés dans un questionnaire (annexe 4) et sur une carte rose qui sera remise à la

femme avec la date du dernier dépistage

Les tests visuels IVA-IVL

✦ Technique

✦ Installation de la femme

En position gynécologique ; la rassurer ; nettoyer la vulve ; rechercher au niveau de la vulve et de la région périnéale des signes de grattage, d'excoriation, d'ulcération, d'infection et/ou la présence de verrues. Introduire doucement le spéculum vaginal stérile ; ouvrir doucement les lames du spéculum afin d'observer le col et les parois vaginales ; régler la lampe afin de disposer d'un éclairage approprié sur le vagin et sur le col. § Examen sans préparation

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

Rechercher des signes d'infection ou d'inflammation du col, des polypes, des cicatrices, un ectropion, des kystes de Naboth, des verrues, une leucoplasie. Faire particulièrement attention à un saignement du col surtout de contact ; des manipulations douloureuses du col ; la présence d'une masse ulcérobougeonnante, ou présentant de nombreuses circonvolutions ; une zone granuleuse, rougeâtre, rugueuse et pouvant saigner au contact (cancer invasif avancé) ; une lésion infiltrante : le col est irrégulier, hypertrophié.

Procédure de l'IVA :

Appliquer sur le col doucement et généreusement une solution fraîchement préparée d'acide acétique à 5% ; attendre 1 minute ; observer l'apparition des lésions blanches ; observer si les lésions sont uniformément de couleur blanche

(variation des couleurs à l'intérieur des lésions, présence de zones d'érosion à l'intérieur de la lésion); noter la taille et le nombre ; noter soigneusement le site (zone de remaniement proche de la JPC) ; la vitesse d'apparition; la durée; l'intensité (blanc brillant, blanc pâle, blanc mat) ; les limites de la lésion (marges nettes, floues, surélevées ou lisses, régulières ou irrégulières).

Procédure de l'IVL :

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

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

La colposcopie :

C'est un examen qui se fait après application de l'acide acétique et du soluté de lugol sur le col. Le col exposé par le spéculum est examiné grâce à un appareil optique grossissant de 10 à 20 fois la muqueuse cervicale.

La biopsie :

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

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

Technique de prélèvement : on prélève sur la zone fixée par l'acide ou le lugol, à l'aide d'une pince à biopsie un fragment sur le col. Ces fragments sont fixés immédiatement dans le formol à 10% et acheminés au laboratoire d'anatomie pathologie pour un examen histologique. **Collecte saisie et analyse des données**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels SPSS (version 25.0).

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel

Comme test statistique nous avons utilisé le test de Fischer avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

RESULTATS

V. Résultats :

Pendant notre période d'étude 3246 femmes ont été dépistées dont 120 avaient le test IVA et IVL positif et chez qui une biopsie a été réalisée soit 3,7%.

Tranche d'âge :

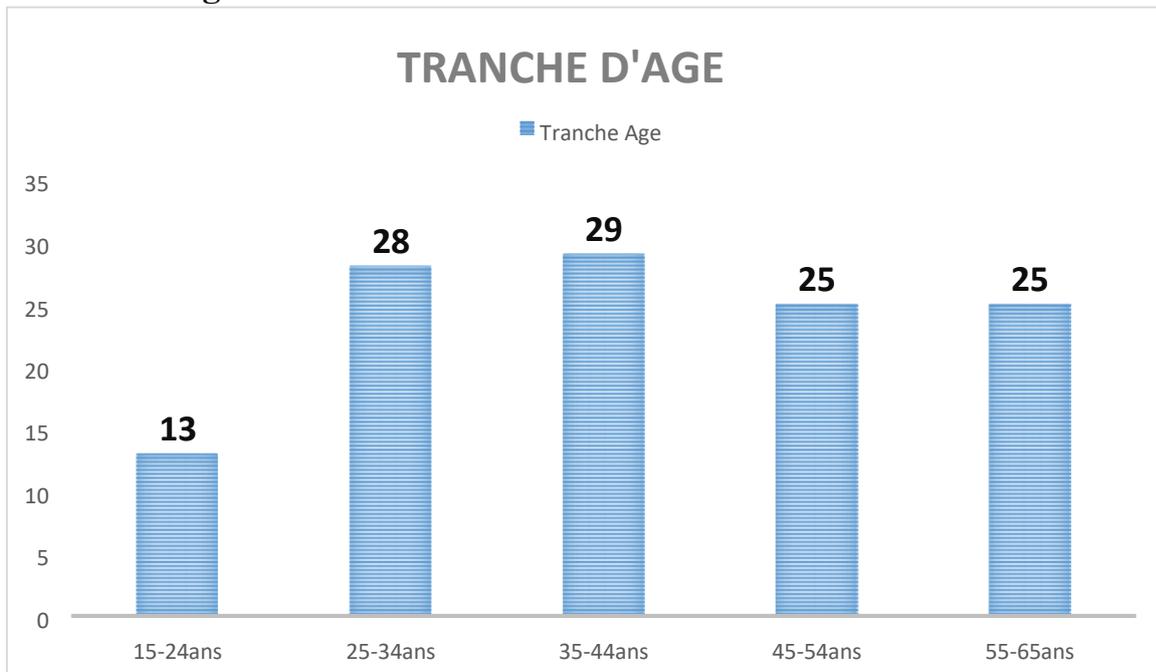


Figure 15 : Répartition des femmes en fonction de la tranche d'âge La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 35 à 44 ans avec 24,2% des cas. La moyenne d'âge était $37,75 \pm 12,48$ ans avec des extrêmes de 18 de 65 ans.

Profession :

Tableau II : Répartition des femmes en fonction des professions

| Profession | Effectifs | Pourcentage (%) |
|---------------------------------------|------------|-----------------|
| Ménagère | 48 | 40 |
| Fonctionnaire | 17 | 14,2 |
| Vendeuse/Commerçante | 26 | 21,7 |
| Etudiante / Elevé | 12 | 10 |
| Autres(Personnes Agé ;Aides Ménagère) | 17 | 14,2 |
| Total | 120 | 100 |

Les ménagères étaient les plus représentés avec 40% des cas.

Statut matrimonial :

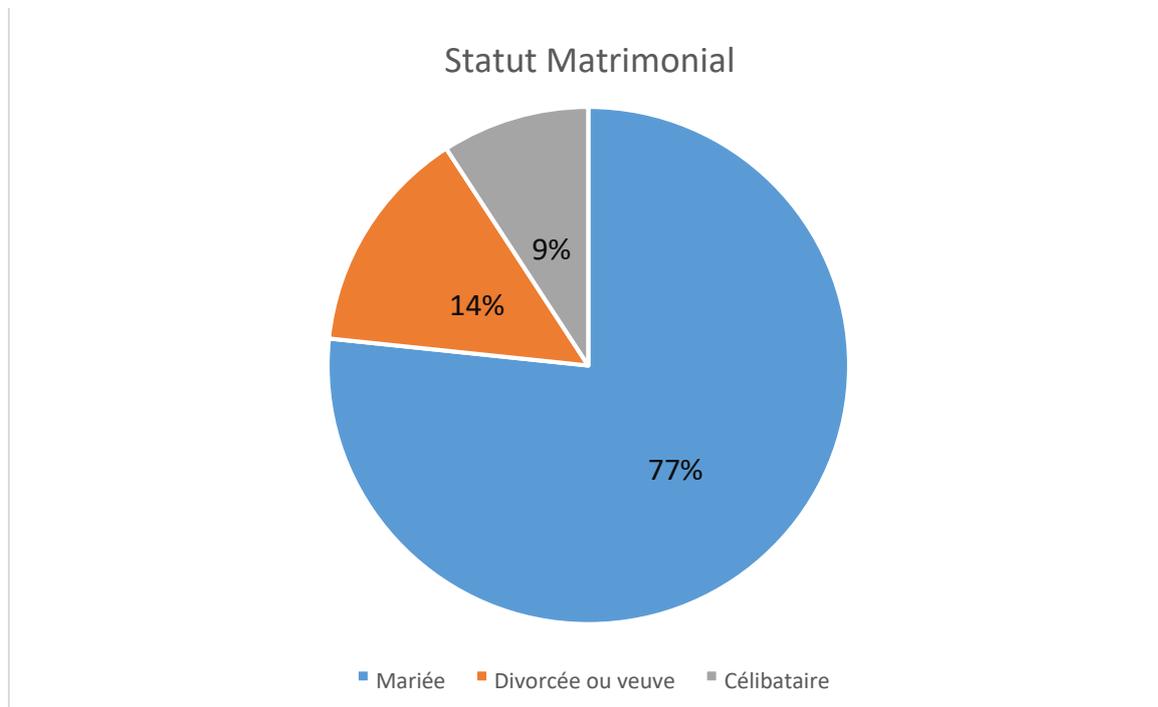


Figure 16 : Répartition des femmes en fonction du statut matrimonial Les femmes mariées étaient les plus représentés avec 76,7% des cas.

Niveau d'éducation :

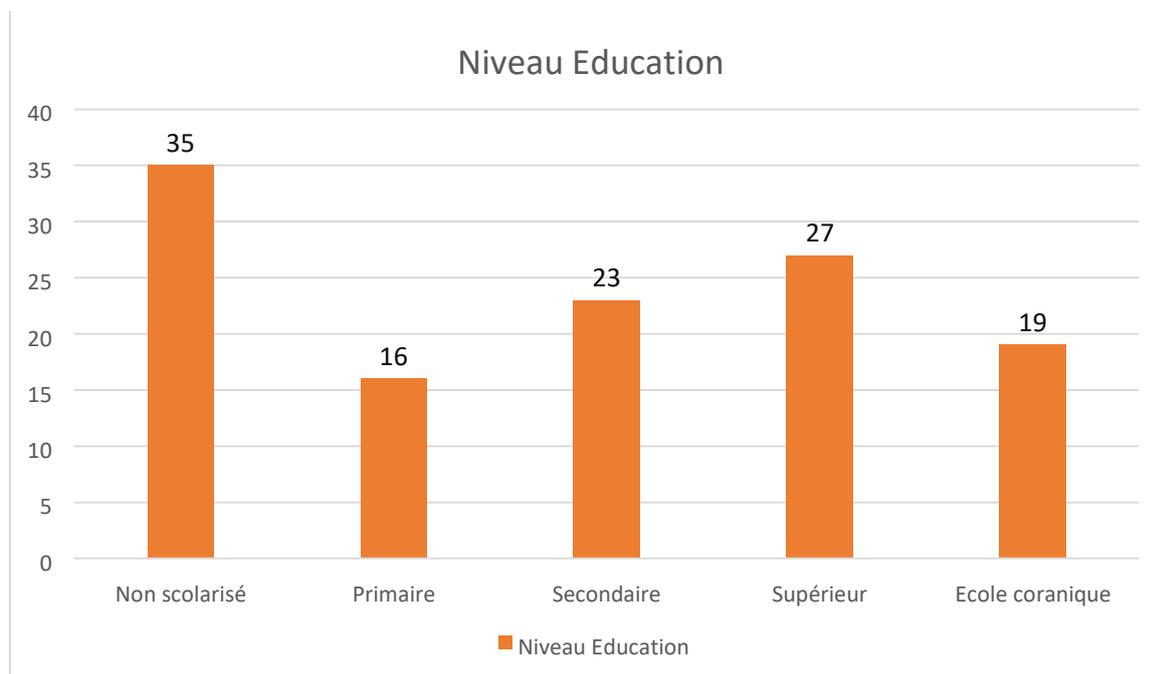


Figure 17 : Répartition des femmes en fonction du niveau d'éducation Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées avec 29,2% des cas.

Régime matrimonial :

Tableau III : Répartition des femmes en fonction du régime matrimonial

| Régime matrimonial | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------|------------|-----------------|
| Monogamie | 53 | 44,2 |
| Polygamie | 67 | 55,8 |
| Total | 120 | 100 |

Au cours de notre étude, les femmes qui étaient en régime polygamie étaient les plus fréquentes avec 55,8% des cas.

Age au premier rapport :

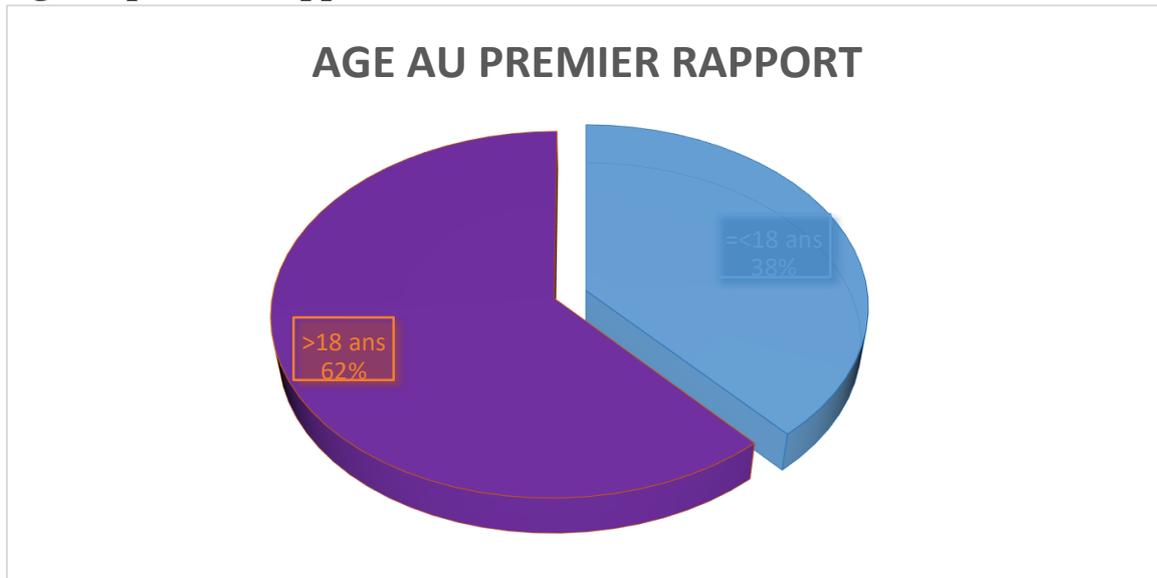


Figure 18 : Répartition des femmes en fonction de l'âge au premier rapport
La majorité des femmes avait commencé le rapport à partir de 18 ans 61,7% des cas.

Types de visite :

Tableau IV: Répartition des femmes en fonction du type de visite

| Types de Visite | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------------------------|------------|-----------------|
| Visite de dépistage | 97 | 80,8 |
| Orientation par CSCOM | 13 | 10,8 |
| Visite pour effets secondaires | 8 | 6,7 |
| Motif quelconque | 2 | 1,7 |
| Total | 120 | 100 |

Nous avons retrouvé un taux de : 80,8% pour une visite de dépistage ;10,8% des femmes étaient orientées ; 6,7% pour effet secondaire et 1,7% des femmes pour motif quelconque.

Motifs de consultations :

Tableau V : Répartition des femmes en fonction des motifs de consultation

| Motifs de consultations | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-------------------------|------------|-----------------|
| Métrorragie | 7 | 5,8 |
| Dépistage simple | 78 | 65 |
| Saignement post coit | 9 | 7,5 |
| Leucorrhée | 9 | 7,5 |
| Hydrorrhée fétide | 4 | 3,3 |
| Infection urinaire | 10 | 8,3 |
| Autres | 3 | 2,5 |
| Total | 120 | 100 |

La majorité des femmes était venues pour un dépistage simple avec 65% des cas.

Utilisation des méthodes de contraception :

Tableau VI : Répartition des femmes en fonction de l'utilisation des méthodes de contraception

| Utilisation méthode contraception | Effectifs | Pourcentage (%) |
|-----------------------------------|------------|-----------------|
| Oui | 62 | 51,7 |
| Non | 58 | 48,3 |
| Total | 120 | 100 |

Les femmes qui utilisaient des méthodes contraceptives étaient les plus représentés, avec 51,7% des cas.

Parité :

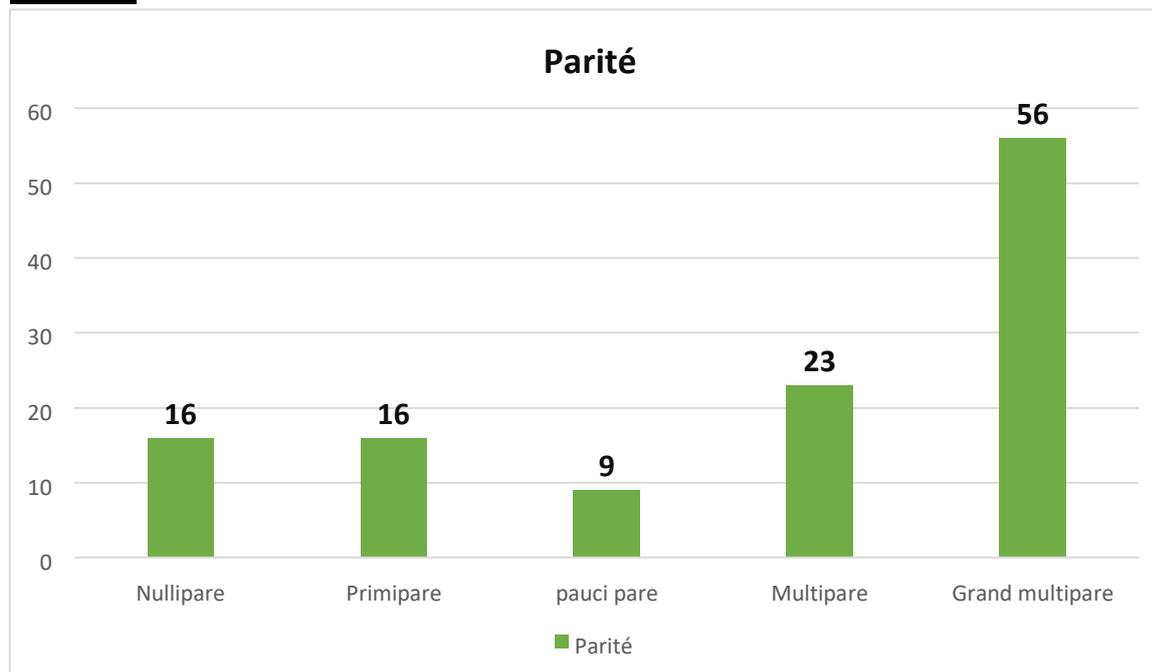


Figure 19 : Répartition des femmes en fonction de la parité Le plus grand nombre des femmes était des grandes multipares avec 46,7% des cas.

Age à la première menstruation :

Tableau VII: répartition des femmes en fonction de l'âge à la première menstruation

| Age | Effectifs | Pourcentage (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| =<14 ans | 54 | 45 |
| 15-18 ans | 65 | 54,2 |
| =>18 ans | 1 | 0,8 |
| Total | 120 | 100 |

Le maximum des femmes avait commencé leur première menstrues entre 15 à 18 ans avec 54,2% des cas.

Statut de dépistage :

Tableau VIII: Répartition des femmes en fonction du statut de dépistage

| Statut de dépistage | Effectifs | Pourcentage (%) |
|----------------------------|------------------|------------------------|
| Ancienne | 21 | 17,5 |
| Nouvelle | 99 | 82,5 |
| Total | 120 | 100 |

Les femmes nouvellement dépistées étaient les plus représentées avec 82,5% des cas.

JSC Visible :

Tableau IXIV : Répartition des femmes en fonction jsc visible

| JSC visible | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------------|--------------------|
| Complètement | 51 | 42,5 |
| Partiellement | 46 | 38,3 |
| Pas du tout | 23 | 19,2 |
| Total | 120 | 100,0 |

La ligne de jonction était complètement visible chez 51 femmes avec 42,5% des cas.

IVA positif :

Tableau X : Répartition des femmes en fonction d'IVA positif

| Résultats IVA | Effectifs | Pourcentage (%) |
|------------------|------------|-----------------|
| Positifs | 101 | 84,2 |
| Suspicion cancer | 19 | 15,8 |
| Total | 120 | 100 |

Nous avons retrouvé 84,2% d'IVA positif au cours de notre étude.

IVL positif :

Tableau XI: Répartition des femmes en fonction d'IVL positif

| Résultats IVL | Effectifs | Pourcentage (%) |
|------------------|------------|-----------------|
| Non effectué | 1 | 0,8 |
| Positifs | 100 | 83,3 |
| Suspicion cancer | 19 | 15,8 |
| Total | 120 | 100 |

Nous avons retrouvé 83,3% d'IVL positif au cours de notre étude.

Histologie :

Tableau XII: Répartition des femmes en fonction de l'examen histologique

| HISTOLOGIE | Effectifs | Pourcentage (%) |
|------------------------------|------------------|------------------------|
| Normale | 6 | 5 |
| Cervicite | 26 | 21,7 |
| HPV+ | 13 | 10,8 |
| CIN1 | 15 | 12,5 |
| CIN2 | 8 | 6,7 |
| CIN3 | 12 | 10 |
| Ectropion | 1 | 0,8 |
| Non concluante | 1 | 0,8 |
| Carcinome épidermoïde | 24 | 20 |
| Adénocarcinome | 5 | 4,2 |
| Total | 111 | 92,5 |
| Résultat non vu | 9 | 7,5 |
| Total | 120 | 100 |

Nous avons retrouvé un taux de : 21,7% de cervicite ;10,8% d'HPV ; 12,5% de dysplasie de bas grade ; 6,7% dysplasie de haut grade ; 20% de carcinome épidermoïde et 4,2% d'adénocarcinome.

XIII: Répartition des femmes selon l'histologie et l'âge

| HISTOLOGIE | | AGE | | | | Total |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|
| | | 25-34ans | 35-44ans | 45-54ans | 55-65ans | |
| Normale | Effectif | 2 | 2 | 2 | 0 | 6 |
| | % | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 0 | 100 |
| Inflammation | Effectif | 10 | 4 | 5 | 7 | 26 |
| | % | 38,5 | 15,4 | 19,2 | 26,9 | 100 |
| HPV+ | Effectif | 7 | 2 | 3 | 1 | 13 |
| | % | 53,8 | 15,4 | 23,1 | 7,7 | 100 |
| CIN1 | Effectif | 8 | 1 | 3 | 3 | 15 |
| | % | 53,3 | 6,7 | 20 | 20 | 100 |
| CIN2 | Effectif | 2 | 4 | 2 | 0 | 8 |
| | % | 25 | 50 | 25 | 0 | 100 |
| CIN3 | Effectif | 4 | 1 | 2 | 5 | 12 |
| | % | 33,3 | 8,3 | 16,7 | 41,7 | 100 |
| Ectropion | Effectif | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | % | 0,0 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Non concluante | Effectif | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Carcinome épidermoïde | Effectif | 4 | 8 | 6 | 6 | 24 |
| | % | 16,7 | 33,3 | 25 | 25 | 100 |
| Adénocarcinome | Effectif | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| | % | 20 | 40 | 20 | 20 | 100 |
| Total | Effectif | 38 | 26 | 24 | 23 | 111 |
| | % | 34,2 | 23,4 | 21,6 | 20,7 | 100 |

$\chi^2 = 28,692$; ddl = 27 ; p=0,376

Le taux de lésions précancéreuse est plus élevé dans les tranches d'âge de 25-34 ans avec une relation non statistiquement significative (0,376).

Tableau XIV: Répartition des femmes selon l'histologie et le statut matrimonial

| HISTOLOGIE | | Statut matrimonial | | |
|-----------------------|----------|--------------------|-------|-------|
| | | Mariée | Autre | Total |
| Normale | Effectif | 4 | 2 | 6 |
| | | 66,7% | 33,3% | 100% |
| Inflammation | Effectif | 21 | 5 | 26 |
| | | 80,8% | 19,2% | 100% |
| HPV+ | Effectif | 10 | 3 | 13 |
| | | 76,9% | 23,1% | 100% |
| CIN1 | Effectif | 14 | 1 | 15 |
| | | 93,3% | 6,7% | 100% |
| CIN2 | Effectif | 6 | 2 | 8 |
| | | 75,0% | 25,0% | 100% |
| CIN3 | Effectif | 6 | 6 | 12 |
| | | 50,0% | 50,0% | 100% |
| Ectropion | Effectif | 1 | 0 | 1 |
| | | 100,0% | 0,0% | 100% |
| Non concluante | Effectif | 1 | 0 | 1 |
| | | 100,0% | 0,0% | 100% |
| Carcinome épidermoïde | Effectif | 19 | 5 | 24 |
| | | 79,2% | 20,8% | 100% |
| Adénocarcinome | Effectif | 5 | 0 | 5 |
| | | 100% | 0,0% | 100% |
| Total | Effectif | 87 | 24 | 111 |
| | | 78,4% | 21,6% | 100% |

$\chi^2 = 10,265$; ddl = 9 ; p=0,329

Nous avons observé une élévation des lésions précancéreuse chez les femmes mariées avec un taux de 75,7% avec une relation non statistiquement significative (0,329).

Tableau XV: Répartition des femmes selon l'histologie et l'utilisation méthode de contraception :

| Histologie | Utilisation_methode_contraception | | Total |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------|
| | Oui | Non | |
| Normale | 5 83,3% | 1 16,7% | 6 100% |
| Inflammatoire | 11 42,3% | 15 57,7% | 26 100% |
| HPV+ | 7 53,8% | 6 46,2% | 13 100% |
| CIN1 | 10 66,7% | 5 33,3% | 15 100% |
| CIN2 | 4 50% | 4 50% | 8 100% |
| CIN3 | 4 33,3% | 8 66,7% | 12 100% |
| Ectropion | 0 0% | 1 100% | 1 100% |
| Non concluante | 1 100% | 0 0% | 1 100% |
| Carcinome épidermoïde | 15 62,5% | 9 37,5% | 24 100% |
| Adénocarcinome | 1 20% | 4 80% | 5 100% |
| Total | 58 52,3% | 53 47,7% | 111 100% |

$\chi^2 = 20,148$; ddl = 9 ; p=0,034

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les lésions précancéreuses et les méthodes contraceptives (0,340).

Tableau XVI: Répartition des femmes selon l'histologie et la parité

| Histologie | Parité | | | | | Total |
|----------------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Nullipare | Primipare | pauci pare | Multipare | Grand multipare | |
| Normale | 1 16,7% | 1 16,7% | 1 16,7% | 2 33,3% | 1 16,7% | 6 100% |
| Inflammatoire | 4 15,4% | 4 15,4% | 2 7,7% | 3 11,5% | 13 50% | 26 100% |
| HPV+ | 2 15,4% | 4 30,8% | 2 15,4% | 3 23,1% | 2 15,4% | 13 100% |
| CIN1 | 2 13,3% | 2 13,3% | 1 6,7% | 3 20% | 7 46,7% | 15 100% |
| CIN2 | 1 12,5% | 0 0% | 0 0% | 3 37,5% | 4 50% | 8 100% |
| CIN3 | 2 16,7% | 2 16,7% | 0 0% | 1 8,3% | 7 58,3% | 12 100% |
| Ectropion | 0 0% | 0 0% | 1 100% | 0 0% | 0 0% | 1 100% |
| Non concluante | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 0 0% | 1 100% | 1 100% |
| Carcinome épidermoïde | 2 8,3% | 0 0% | 2 8,3% | 6 25% | 14 58,3% | 24 100% |
| Adénocarcinome | 0 0,0% | 1 20% | 0 0% | 1 20% | 3 60% | 5 100% |
| Total | 14 12,6% | 14 12,6% | 9 8,1% | 22 19,8% | 52 46,8% | 111 100% |

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. L'approche méthodologique.

Nous avons réalisé une étude transversale avec des collectes rétrospectives du 01 JANVIER 2021 au 31 DECEMBRE 2022 soit 2 ans ; qui nous a permis d'étudier les aspects épidémiologiques et la fréquence des lésions précancéreuses au CSREF commune III de BAMAKO.

Au cours de notre étude 3246 femmes ont été dépistées, parmi lesquelles 120 femmes avaient le test IVA et/ où IVL positif soit 3,7%.

Nous avons eu des difficultés à cause du type rétrospectif de notre étude toutes nos questions n'étaient pas répondues dans le questionnaire.

Tous les résultats histologiques n'étaient pas disponibles.

2. Aspects épidémiologiques et socio-démographiques

2.1. Age.

La tranche d'âge 25-34 ans était la plus représentée avec 38 femmes soit 34,2%. La moyenne d'âge était $37,75 \pm 12,48$ ans avec des extrêmes de 18 et 65 ans. Notre résultat est comparable à celui de Kamate.K[15] chez qui la tranche d'âge la plus représentée était de 31-50 ans, l'âge moyen était de $38,61 \pm 12,48$ ans et des extrêmes d'âge de 18 et 80 ans. Notre résultat est peu inférieur à celui de Fané A au MALI en 2018[16] qui a trouvé une moyenne d'âge de $38,06 \pm 12,83$ avec des extrêmes de 16 et 90 ans et à celui de Maïga R au MALI 2016 [17] qui a trouvé une moyenne d'âge de $37,6 \pm 11,7$ ans avec des extrêmes de 14 et 86 ans. Notre résultat est inférieur à celui de Khaoula B au MAROC en 2016[18] qui a trouvé une moyenne d'âge de $46,08 \pm 8,7$ ans avec des extrêmes de 28 et 60 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la précocité des rapports sexuels et la

multiparité dans notre pays. Dans notre série le taux des lésions précancéreuse est plus élevé dans les tranches d'âge de 25-34 ans et 35-44 ans avec une relation non statistiquement significative (0,570).

2.2. La provenance et le mode d'admission :

Pendant notre période d'étude les femmes qui venaient de la commune III étaient les plus représentées avec 98,4% des cas, cela s'expliquerait par la proximité et l'accessibilité de notre centre de santé. Au-cours de notre étude 80,8% de nos femmes ont été admises pour la visite de dépistage ; Kamaté. K[15] et Diarra A B ont trouvé un résultat supérieur avec respectivement 96,4% et 97,7% [19].

2.3. La profession :

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 40% des cas ; notre résultat est inférieur à ceux de Kamaté. K[15] qui a rapporté 68% ; Konaté S [20] 62,9% ; Sissoko S [21] 61,9% ; et Koné A K [22] 61,17%.

2.4. Le statut matrimonial :

Dans notre étude 76,7% des femmes étaient mariées, notre résultat est inférieur à celui de Kamaté. K[15] qui a trouvé 92% et de celui de Sangaré F [23] qui a trouvé 90%, et 88% de cancers et dysplasies chez ces dernières. Koné AK [22], a trouvé le même résultat avec 92%. Le test statistique utilisé n'a pas retrouvé un lien significatif d'apparition des lésions précancéreuses et le statut matrimonial ($\chi^2 = 10,265$; ddl = 9 ; p=0,329). Nous avons observé une élévation des lésions précancéreuse chez les femmes mariées avec un taux de 79,2%.

2.5. Méthode contraceptive :

Dans notre étude 62 femmes soit 51,7% utilisaient une méthode contraceptive. Notre résultat se rapproche de ceux de Kamaté. K[15] ; Konaté A [24] et de Diarra S [25] qui ont trouvés respectivement 41,2% ; 39,9% et 37,9%. Le test statistique utilisé a montré un lien significatif dans l'apparition des lésions précancéreuses et

l'utilisation des contraceptifs avec une valeur de $P= 0,034$. Ce risque n'est pas directement lié à la contraception ; mais en encourageant les rapports sexuels non protégé, augmente le risque de transmission du virus HPV

2.6. La parité :

Dans notre étude les grandes multipares étaient les plus représentées avec 19,2%, notre résultat est inférieur à celui de Fané A [16] et Diabaté Z [26] qui ont trouvés respectivement 34,8% et 52,1% cela pourrait s'expliquer par la taille des échantillons, et diffère de celui de Khaoula B [18] qui a trouvé 50% de paucipares, cela pourrait s'expliquer par le taux élevé de la parité.

Dans notre étude nous avons observé une élévation du taux des lésions précancéreuses et cancéreuses chez les multipares et les grandes multipares avec une relation statistiquement significative (0,027).

3. Résultat des tests visuels IVA / IVL :

Nous avons trouvé 84,2% de positivité au test visuel d'acide acétique, notre résultat est largement supérieur à celui de Kamaté. K[15] ; Boïté A [27] et Nènè MB et al [28] ont rapportés successivement 49,2% ,8,7% et 57,3% de positivité.

Nous avons trouvé 83,3% de positivité au test visuel de lugol, Kamate.K[15], Diarra S [25], Sankaranaryanan [13] et Diarra A B [29] ont rapportés successivement 10,6%, 97%, 17,8% et 16,79% de zones iodophiles. Cette large différence entre nos résultats et celle des autres auteurs peut s'expliquer par les techniques d'échantillonnages.

4. Résultat histologique :

Au cours de notre étude nous avons trouvés un taux de 21,7% de cervicite ;10,8% d'HPV ; 12,5% de dysplasie de bas grade ; 6,7% dysplasie de haut grade ; 20%

de carcinome épidermoïde et 4,2% d'adénocarcinome. Nos résultats sont proches de ceux de Kamaté. K[15] qui avait trouvé un taux de 35,3% de cervicite ; 30,9% cas de CIN1 ; 15,8% CIN2 ; 2,2% cas de CIN3, et 5% de cancer invasif. Boité A [27] a trouvé un taux de 36,8% des lésions précancéreuses avec une prédominance des dysplasies légères. Fané A [16] a trouvé 48,3% des lésions précancéreuses avec une prédominance des dysplasies légères et 12,3% de cancer invasif. Khaoula B [18] au Maroc a trouvé 79% des lésions précancéreuses et 17% de cancer invasif Maïga R, en 2016 au Mali [30] avait trouvé 38,1% des lésions de bas grade et 9,9% des lésions de haut grade et 9,3% de cancer invasif. Konaté Ak [31] en 2015 au MALI a obtenu 32,07% des lésions de bas grade et 26,16% des lésions de haut grade. Cette différence pourrait expliquer par la taille d'échantillon et la durée d'étude.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Au cours de notre étude 3246 femmes ont été dépistées, parmi lesquelles 120 femmes avaient le test IVA et/ ou IVL positif soit 3,7% et qui ont bénéficiées d'une biopsie. Parmi ces biopsies nous avons pu obtenir le résultat histologique de 111 femmes.

La tranche d'âge de 25-34 ans et de 35-44 ans étaient la plus représentée avec 28 femmes chacun soit 23,3% chacun. La moyenne d'âge était $37,75 \pm 12,48$ ans avec des extrêmes de 18 de 65 ans.

La fréquence des lésions précancéreuses était prédominée par : 21,7% de cervicite ; 10,8% d'HPV ; 12,5% de dysplasie de bas grade ; 6,7% dysplasie de haut grade ; 20% de carcinome épidermoïde et 4,2% d'adénocarcinome. Dans notre contexte nous pouvons retenir que la cervicite, la dysplasie et le cancer reste un problème de santé publique et que les méthodes d'inspection visuelle sont des tests simples peu coûteux qui nous permettent de dépister efficacement et précocement les lésions précancéreuses.

2. RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités politico-administratives et sanitaires

- ✚ Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'ensemble du pays.
- ✚ Former le personnel médical et paramédical sur les techniques de dépistage.
- ✚ Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.
- ✚ Renforcer le matériel de dépistage et du traitement pour améliorer la qualité de la prise en charge notamment le suivi post-thérapeutique.
- ✚ Assurer le coût des examens complémentaires pour les patientes suivies.
- ✚ Vacciner les jeunes filles contre le virus HPV 2.

2. Aux ONG et Associations de lutte contre le cancer

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

3. Aux prestataires des services de dépistage

- ✚ Faire une formation continue et permanente sur la pratique du dépistage et du suivi du cancer du col de l'utérus.
- ✚ Demander le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels réguliers.
- ✚ Remplir et tenir correctement les supports
- ✚ Intégrer le dépistage dans les activités quotidiennes.

5. A la femme

- ✚ Veiller à la bonne tenue des documents du dépistage.
- ✚ Faire le dépistage périodiquement en respectant les rendez-vous.
- ✚ Faire l'analyse histologique pour un meilleur suivi.

‡ Faire le suivi adéquat pour le traitement des lésions dysplasiques.

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES

VIII. REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIES

1. **Mathieu Laversanne, Hyuna Sung. Global Cancer Statistics 2020:** Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries: A Cancer J Clin 2021; 71:209-249. Disponible sur : <http://gco.iarc.fr/today/home>.
2. **Bezad R.** Prévention et dépistage du cancer du col utérin au Maroc ; Symposium international sur la prévention du cancer du col utérin : Dépistage, Vaccination et Perspectives pour les Pays en Développement. SKHIRAT, Maroc 15-16 Septembre 2013.
3. **Tazi MA , Nouredine B , Abdelouahed ER-RAKI :** Ministère de la Santé du Maroc. Registre des cancers de Rabat. Résultats de l'année 2005; 2009, http://www.fmp-usmba.ac.ma/pdf/Documents/cancer_registry_mor_rabat.pdf [Accès le 06/06/2014].
4. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale.
5. **source :www.dicos.enslyon (source:www.dicos.enslyon.fr/vie/viro/XML/db/bio/viro/metadata/LOMV05_2D1_Papilloma_Epidemio_Patho.b.xml).**
6. **Schlecht NF, Platt RW, Duarte-Franco E, Costa MC, Sobrinho JP, Prado JCM, et al.** Human papillomavirus infection and time to progression and regression of cervical intraepithelial neoplasia. J Natl Cancer Inst. 1 sept 2003; 95(17):1336-43.
7. **J.W. Sellors et R. Sankaranarayanan.** Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants.
8. **Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al.** Epidemiologic classification of human papillomavirus types

- associated with cervical cancer. The New England Journal of Medicine. 6 févr 2003; 348(6): 518-27.
9. **Ilboudo AL.** Connaissance du dépistage du cancer du col de l'utérus et de la perception de risque chez les femmes fréquentant les formations sanitaires de Ouagadougou, BURKINA-FASO. :179.
 10. **Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C.** Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 févr 2002;30(2):139-46.
 11. **Jean-Robert Giraud, Alain Bremond, Daniel Rotten**
Abrégés :Connaissances et pratique - Gynécologie - - broché, Livre tous les livres à la Fnac.
 12. **Buck, Tompson Cd, Robert J N, Muller M, Lowdr etal.** Carrageen is potent inhibitor of papilloma virus infection Plospatholog 2(7): 69; 2006.
 13. **Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R.** Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. oct 2018; 143 Suppl 2:22-36.
 14. **Jalaguier-Coudray A, Delarbre B, Villard-Mahjoub R.** Cancers du col utérin et de l'endomètre. Médecine Nucléaire. 1 mai 2016; 40(3): 239-44.
 15. **Kamate k.** étude epidemiologique et histologique des lésions precancereuses et cancéreuses du col de l'uterus au centre de sante de reference de la commune III du district de Bamako.Thèse de médecine FMOS 2020. 78p
 16. **Fané A.** Corrélation entre le diagnostic histologique et le résultat du dépistage du cancer du col de l'utérus par les méthodes visuelles IVA et IVL dans le district de Bamako. Thèse de doctorat en médecine, 2018 ; USTT-B 18-M-65 : 87P.

17. **Maïga R.** Suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSREF de la CIV du district de Bamako. Thèse de doctorat en médecine, 2016 ; USTT-B 16-M-211. 79P.
18. **Khaoula B.** Les lésions de haut grade du col utérin. Thèse de doctorat en médecine, Rabat (Maroc), 2016, 79P.
19. **Diarra A B.** bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel. Au centre de santé hospitalier universitaire du POINT-G ; thèse de médecine ; USTTB 2017. 17M119.
20. **Konaté S :** Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 113 cas) Thèse médecine. Bamako: FMPOS, 2006 :67P ; 298.
21. **Sissoko S.** Les lésions dysplasiques du col de l'utérus dans quatre centres de santé de Bamako. Thèse de med. Bamako 2005 ; N°145, p82.
22. **Koné AK.** Evaluation des tests d'IVA et d'IVL dans le dépistage du cancer du Col de l'Utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 917 cas). Thèse med. Bamako 2008 n°08M224 p 69.
23. **Sangaré F.** Etude des facteurs de risques des lésions dysplasiques et cancéreuses du col de l'utérus diagnostiquées au MALI. thèse de doctorat en médecine, 2007; USTTB 07M197.
24. **Konaté A.** Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au CHUGabriel Touré et aux CSREF. des CIV et V du 74 district de Bamako à propos de 2027 cas. Thèse de Doctorat en Médecine, USTTB 13-M-57 ; 70 page

25. **Diarra S.** Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle IVA/IVL au CSREF CII du District de Bamako. Thèse de Doctorat en Médecine, USTT-B 15-M214; 82pages.
26. **Diabaté Z.** Aspects épidémiologiques et histopathologiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus à BAMAKO, (à propos de 605 cas). Thèse de médecine, 2019 ; USSTB.
27. **Boïté A.** bilan des activités de dépistage des néoplasies du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle après application d'acide acétique et de lugol au CSREFCII du District de BAMAKO, thèse de médecine, USSTB. 19M297.
28. **Nene MB.** Early detection of cervical cancer by visual inspection: a population based study in rural India. Int J Cancer 1996; 68(6): 770-773.
29. .(source:www.dicos.enslyon.fr/vie/viro/XML/db/bio/viro/metadata/LOM V05_2D1_Papilloma_Epidemio_Patho.b.xml).
30. **Dos Santos Is, Beral V.**Socio-economic differences in reproductive behaviour.IARC Scientific Publications 1997; 138: 285 – 308.
31. **Konate AK.** Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelles et suivi au CSREF Commune V. Thèse de Mèd, Bamako, 2015. USTTB-17-M-119.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETTE

Nom.....

Prénom.....

Année...../...../.....

Centre

.....

Adresse

.....

Tel.....

1. Profession : 1=ménagère 2= Fonctionnaire 3= vendeuse/commerçante 4= étudiante/élève 5=autre à préciser
2. Age : 1= ≤ 18 , 2=19-30, 3=31-50 ,4=51-70, 5= <70
3. Niveau d'instruction : 1=primaire 2=secondaire 3 =supérieur 4 =école coranique 5=non scolarisé
4. Age au premier mariage : 1= ≤ 14 , 2=15-18, 3=19-30, 4=31-40 ,4= >40 5. Statut marital : 1=marié 2=divorcé 3=célibataire 4=veuve

DEPISTAGE

6. Centre.....

7. Date de visite/...../.....

8. Type de visite : 1=visite de dépistage 2=orienté par un CSCOM
3=agent de santé 4=motif quelconque

9. Activité génitale 1 : non ménopausée ,2 : ménopausée

10. Utilisation d'une méthode contraceptive.1 : oui, 2. Non

11. Partenaire polygame : 1 : oui, 2 : non
12. JSC visible : 1=complètement 2=partiellement 3 =pas du tout
13. IVA : 1=non fait 2=négatif 3=positif
14. IVL : 1=non fait 2= négatif 3=positif

RESULTAT DE L'EXAMEN

15. Biopsie faite : 1=oui 2=non
16. Disponibilité du résultat: 1=oui 2=non
17. Histologie : 1=normale 2=Cervicite 3=HPV 4=CIN1 5=CIN2 6=CIN3
7 = ectropion 8=non concluante 9=Carcinome épidermoïde
10=Adeno Carcinome

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Dembélé

Prénom : Soumana

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et histologique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence (CSRéf) de la commune III.

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako/République du Mali

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt : Anatomie Pathologique, Gynécologie, santé publique

Résumé : Il s'agissait d'une étude transversale avec des collectes rétrospectives qui s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune III de Bamako du 01^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022 soit une période de 2ans ; dont l'objectif était d'évaluer la fréquence histologique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans CSRéf de la commune III.

Méthodes : L'étude a porté sur les données de 120 femmes dépistées pour le cancer du col utérin dans le centre de santé de référence de la commune III, dont les tests visuels IVA/IVL ont été positifs et chez qui la biopsie a été réalisée. Des statistiques descriptives ont été calculées. La régression logistique a été utilisée pour identifier les facteurs de risque des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Résultats : L'âge moyen des femmes de cette étude était de 37,75 ans. La fréquence des cervicites était 21,7, d'HPV était de 10,8%, dysplasie de bas grade état de 12,5 %, dysplasie de haut grade était de 6,7%, de carcinome épidermoïde était de 20%, d'adénocarcinome était de 4,2% . Les facteurs de risque de ces lésions étaient dominés par l'âge, la multiparité et l'utilisation des méthodes contraceptives. Le cancer invasif était diagnostiqué chez les femmes en ménopause.

Mots clés : col, histologie, les lésions précancéreuses

SAFETY DATA SHEET

Name: Dembélé

First name: Soumana

Thesis title: Epidemiological and histological study of precancerous and cancerous lesions of the cervix at the reference health center (CSRéf) of commune III.

Academic year: 2022-2023

Defense city: Bamako/Republic of Mali

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the faculty of medicine, pharmacy and odontostomatology of Bamako

Sector of interest: Pathological Anatomy, Gynecology, public health

Summary: This was a cross-sectional study with retrospective collections which took place in the reference health center of commune III of Bamako from January 1, 2021 to December 31, 2022, a period of 2 years; whose objective was to evaluate the histological frequency of precancerous and cancerous lesions of the cervix in CSRef of commune III.

Methods: The study focused on the data of 120 women screened for cervical cancer in the reference health center of commune III, whose IVA/IVL visual tests were positive and in whom the biopsy was performed. Descriptive statistics were calculated. Logistic regression was used to identify risk factors for precancerous cervical lesions.

Results: The average age of the women in this study was 37.75 years. The frequency of cervicitis was 21.7, HPV was 10.8%, low grade dysplasia was

12.5%, high grade dysplasia was 6.7%, squamous cell carcinoma was 20%, d adenocarcinoma was 4.2%. The risk factors for these lesions were dominated by age, multiparity and use of contraceptive methods. Invasive cancer was diagnosed in women going through menopause.

Keywords: cervix, histology, precancerous lesions

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE