

MINISTÈRE 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 2023-2024 N°/

THESE

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET
CANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS CHEZ LES
FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU Gabriel
Toure**

Présentée et soutenue publiquement le 30/07/2024

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

M. Mamou Hamed DIALLO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

Jury

Président : M Soukalo DAO, *Professeur*

Membre : M Cheick B TRAORE, *Professeur*

Mme Madina KONATE, Médecin

Co-directeur : M Moussa Y DICKO, *Maitre de Recherche*

Directeur : M Ibrahima TEGUETE, *Professeur*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

Dédicaces :

Je dédie ce présent travail à : **ALLAH**, le Tout puissant, Clément et Miséricordieux, Louange à Toi, l'Unique, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Le Seul à être imploré pour ce que nous désirons. « Gloire à Toi Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage » Merci de m'avoir accordé le temps, la volonté, le courage et la santé nécessaires pour la réalisation de ce travail.

Au prophète Mohamed et ses Khalifes (paix et salut sur eux), L'exemple, le guide, le sage, la lumière, que la paix et le salut soit sur toi ainsi que tous ceux qui te suivront jusqu'au dernier jour.

A mon cher père :Feu DIALLO Mahamadou

Homme de foi, courageux, humble et sage, toi qui as toujours voulu le bonheur et la réussite pour tes enfants. Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, maman et toi, ni la gratitude que je vous témoigne. Que Dieu, tout puissant, te garde dans sa miséricorde et t'accueille dans son paradis. **Amen !**

A ma chère mère : DIARRA Amiata

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut pour exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance que je te porte **MAMAN !**

Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que je ressens envers une mère exceptionnelle dont j'ai la fierté d'être le fils. Ma très adorable maman, tu as toujours été mon exemple car tout au long de votre vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de ta liberté, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves. Puisse Dieu, tout puissant, te

**DEPISTAGE DES LÉSIONS PRECANCÉREUSES ET CANCÉREUSES DU
COL DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

préservé du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour. **Amen !**

A mes Frères et Sœurs. Amadou, Néné, Djélika, Alima

Puisse ALLAH renforcer les liens sacrés qui nous unissent, ce travail est le résultat de votre précieux soutien. Il est un devoir pour nous dans l'honneur, la dignité, et le respect d'être à la hauteur de nos admirables parents. Que ce travail soit le gage de mon amour et de mon affection indéfectible, qu'il puisse nous encourager à nous entraider les uns les autres pour consolider l'unité familiale précieuse.

A mon oncle : **Tonton Sékou Diallo**

Cher oncle merci pour tes conseils et soutiens ; tu es un modèle et une référence pour moi ; ce travail est aussi le vôtre.

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

Remerciements :

A **Mon pays le MALI**. Auquel je dois tout. Mon cher pays, tu m'as vu naître et évoluer et m'as donné l'éducation nécessaire. Je te dis merci et prie que le Seigneur continue de te bénir et de faire de toi la grande nation que tu as toujours été.

A mes grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines, neveux et nièces

Je ne citerai pas de nom au risque d'en oublier. Vos encouragements, votre sens élevé de l'unité et votre implication pour ma réussite m'ont permis de parvenir à ce résultat. Recevez ma profonde gratitude.

A tous mes maîtres de l'école primaire, fondamentale, secondaire et de la faculté de médecine d'odontostomatologie Vous êtes pour nous des modèles à suivre. Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que vos leçons d'humilité. Aujourd'hui nous vous disons merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance.

A nos Professeurs Maîtres de conférences et de recherche Pr DIARRA Moussa T ; Pr KONATE Anselme ; Pr MAÏGA Moussa Y ; Pr DOUMBIA Kadiatou ; Pr SOW Hourouma ; Pr DICKO Moussa Y ; Pr TOUNKARA Makansiré ; Pr SANOGO Sanra Déborah. C'est animé d'un grand plaisir et un honneur que nous avons appris à vos côtés. Vous ne serez jamais assez remerciés pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Trouvez ici chers maîtres, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect. Puisse le Seigneur vous prêter une longue vie.

Aux D.E.S du service d'Hépto-Gastroentérologie : Dr TRAORE Alimatou ; Dr KODIO Seydou ; Dr DABALE Abdoul Kader ; Dr TRAORE Aichatou ; Dr KONATE Adama ; Dr DIARRA Sara ; Dr SAVANE Boubacar.

Chers aînés, les liens tissés entre nous ont dépassé le cadre professionnel. Que cette belle cohésion au sein du service subsiste à jamais. Merci pour votre accompagnement, votre disponibilité, vos précieux conseils, les connaissances transmises et tous les agréables moments passés ensemble. Bon courage et

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

bonne chance pour le reste de la formation. Merci à tous pour l'aide et le soutien apportés à la concrétisation de ce travail.

**Aux Thésards du service d'Hépatogastroentérologie :DIALLO Assim;
COULIBALY Dramane ; SISSOKO Mamoudou ; TRAORE Youma ;
CISSE**

Merci à chacun d'entre vous pour la franche collaboration et les moments agréables partagés.

**A Dr COULIBALY Ismaël ; Dr FOFANA Yaya ; Dr KEITA Maria ; Dr
MAÏGA Abdoulaye ; Dr DIALLO Aiché ; Dr DRABO Sabine ; Dr DIARRA
Ousmane ; Dr Boré DEMBA ; Dr MAIGA Djibrila ; Dr ALI Ahmed
Mohamed ; Dr BERTHE Abdoulaye ; Dr RASEME Césalpin Allah ; Dr
SANOGO Fatoumata ; Dr GUITTEYE Mariam ; Dr SACKO Bôh ; Dr
ADEOTI Abdel Izzdine ; Dr DIARRA Adama Abou ; Dr N'DIAYE Lamine
; Dr KEITA Moussa ; Dr BAMBERA Gaoussou.**

Chers aînés vous nous laissez le souvenir d'hommes de science responsables et courtois. Merci pour l'encadrement, les conseils et les connaissances transmises. Que Dieu nous aide tout au long de nos carrières professionnelles.

A la secrétaire Tanti Alima, Assetou, Major Diallo, tous les infirmiers et les techniciens de surface du service **d'Hépatogastroentérologie**. Merci à vous qui avez rendu agréable ce séjour.

**A Tout le personnel de la clinique médical FERTLIA et du LABORATOIRE
DANALYSES BIOMEDICALES LE "DIAFOUNOU SARL".**

Je me garderai de citer des noms de crainte d'en omettre. Ce travail est aussi le vôtre Merci pour tout.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury

Pr Soukalo DAO

- **Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales ;**
- **Chef de service des Maladies Infectieuses et Tropicales au CHU Point G ;**
- **Président de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuses (SAPI) ;**
- **Investigateur clinique au centre universitaire de recherche clinique (UCRC/SEREFO).**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré. Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

A notre maître et membre du jury

Docteur Madina KONATE

- **D E S en santé publique, option politique et management des systèmes de santé**
- **Coordinateur de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH /SIDA, la Tuberculose et les Hépatites virale (CSLS/TBH)**
- **Attachée de recherche**

Cher maitre,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire, nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Cher maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

A notre maître et membre du jury

Pr Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologique**
- **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche des science fondamentales à la FMOS**
- **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie du CHU du Point G**
- **Chercheur et praticien au CHU Point G**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**

Cher maitre

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 maitre respecté et admiré. Vos remarquables suggestions, votre enseignent de qualité nous ont beaucoup aidé à améliorer ce travail.

À notre Maître et Co-directeur de thèse

Pr Moussa Y DICKO

- **Spécialiste en Hépatogastro-entérologie ;**
- **DUI de Proctologie médico-chirurgicale ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de SOD hépatites Mali ;**
- **Secrétaire générale de la société malienne de maladies digestives (SOMMAD) ;**
- **Membres de la société française d'endoscopie digestive (SFED) ;**
- **Membres de société française de colo-proctologie ;**
- **Membre de la société africaine d'Hépatogastro-entérologie (SAHGE)**

Cher maître

Il nous serait très difficile de trouver les mots justes pour exprimer notre reconnaissance, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été impressionnés par votre humilité, votre générosité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre enthousiasme communicatif qui font de vous un maître admirable. Honorable maître, trouvez ici l'assurance de notre admiration, et notre respect.

À notre maître et Directeur de thèse

Pr Ibrahima TEGUETE

- **Professeur titulaire en Gynécologie Obstétrique à la FMOS.**
- **Chef de service de Gynécologie du CHU Gabriel Touré ;**
- **Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie
Obstétrique (SAGO) ;**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du
registre national des cancers au Mali.**

Cher Maître

Votre pragmatisme, votre rigueur scientifique et votre culture multidisciplinaire font de vous un maître hors pair. Vous êtes une source inépuisable de savoir et d'inspiration. Nous sommes fiers et honorés de compter parmi vos disciples. Votre capacité d'analyse et vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer ce travail. Permettez-nous de vous remercier de nous avoir confié ce travail et acceptez notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations puissent jouir de vos enseignements

SIGLES ET ABREVIATIONS

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

ADN : Acide désoxyribonucléique

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviral

CD4 : Cluster de différenciation 4

CHU : Centre hospitalier universitaire

CI : Cancer Invasif Figure 26 : Carte des quartiers de la commune III.

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra –Epithéliale

Cancer CIS : Carcinome In Situ

DDR : Date des dernières règles

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

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application du Lugol

JPC : Jonction Pavimenteuse 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

PAD : Personne Ayant acceptée le Dépistage

PNAD : Personne N' Ayant pas acceptée le Dépistage

RAD : Résection à l'Anse Diathermique

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

TV : Trichomonas Vaginalis

UIV : Urographie Intra –Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZR : Zone de Remaniement

TABLES DES ILLUSTRATIONS

LISTES DES FIGURES :

Figure 1 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin	7
Figure 2 : Coupe sagittale des organes pelviens	7
Figure 3 : Col de nullipare.....	8
Figure 4 : Col de multipare	9
Figure 5 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal	10
Figure 6 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal.....	11
Figure 7 : Col normal avec la JPC (A) coupe histologique normale de la zone de JPC (B)	12
Figure 8 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec infection à HPV plus dysplasie légère	18
Figure 9 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie modérée	18
Figure 10 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie sévère.....	19
Figure 11: Coupe histologique de la lésion précurseuse du cancer du col utérin	20
Figure 12 : col positif à l'acide acétique (A) ; col négatif à l'acide acétique(B)	32
Figure 13 : col positif au soluté de lugol (A) ; col négatif au soluté de lugol (B)	32

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

LISTES DES TABLEAUX :

Tableau I : Corrélation entre les différentes classifications	16
Tableau II : Répartition des femmes selon la tranche d'âge	39
Tableau III : Répartition des femmes selon le statut matrimonial	40
Tableau IV : Répartition des femmes selon le type de VIH.....	41
Tableau V : Répartition des femmes selon le taux de CD4.....	41
Tableau VI : Répartition des femmes selon le type de traitement ARV.....	41
Tableau VII : Répartition des femmes selon la gestité.....	42
Tableau VIII : Répartition des femmes selon les résultats du test à IVA/IVL	42
Tableau IX : Distribution des types de lésions selon la tranche d'âge.....	43
Tableau X : Distribution des types de lésions selon la gestité	43
Tableau XI : Distribution des lésions selon le statut matrimonial	44
Tableau XII : Distribution des lésions selon le type de VIH.....	44
Tableau XIII : Distribution des lésions le taux de CD4	45
Tableau XIV : Distribution des lésions selon le type de traitement ARV	45
Tableau XV : Distribution des lésions selon le traitement	46
Tableau XVI : Lésions Associées	46

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION :	1
1. OBJECTIFS :	5
1-Objectif général	5
2. Objectifs spécifiques	5
2.GENERALITES	7
2.1. RAPPELS :	7
2.2. Généralités sur le cancer :	13
2.3. Principes physiopathologiques des tests :	29
3. MATERIEL ET METHODES	34
1- Cadre d'étude :	34
2- Type et période d'étude :	35
3- Population d'étude :	35
4- Critères d'inclusion : Ont été incluses	35
5- Critères de non inclusion :	35
6- Matériel de travail :	36
7- Déroulement du travail :	36
8- Saisie et analyse des données :	37
4. RESULTATS	39
5. Commentaires et Discussion	48
CONCLUSION :	53
RECOMMANDATIONS	54
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	63

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

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

Le carcinome épidermoïde ou squameux est le plus fréquent avec 95%, et l'adénocarcinome est plus rare [2]. A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est, en terme de fréquence, le 2ème cancer touchant les femmes après celui du sein et, représente 15% des cancers de la femme [3-4].

En France, il occupe le 7ème rang, avec 3500 nouveaux cas par an avec une incidence de 9,9 /100000 femmes. Aux Etats –Unis, le cancer invasif du col de l'utérus est 3 fois moins fréquent que le cancer in situ (CIS) avec une fréquence de 5% des cancers chez la femme [5].

De fortes incidences sont observées en Afrique avec des taux supérieurs à 50 pour 100000 et les taux de mortalité standardisés sur l'âge dépassant parfois 40 sur 100000, au Burkina on avait 1230 nouveaux cas sur 838 décès ; en Côte d'Ivoire 1601 nouveaux cas sur 1095 et au Mali 1491 nouveaux cas sur 1010 décès par an en 2008. [20]

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

Selon les données récentes du registre des cancers du Mali, le cancer du col vient en deuxième position des cancers féminins, avec une fréquence de 22,80% [21].

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

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

La pandémie du VIH/SIDA continue de s'étendre dans beaucoup de partie du monde. Dans les pays d'Amérique latine en conséquence la transmission hétérosexuelle du VIH est accrue, il y a actuellement une augmentation du nombre de femmes infectées par le VIH [28].

En fait l'impact de la pandémie du VIH/SIDA est marqué parmi les plus pauvres et les plus jeunes avec une sùre représentation des femmes dans ces groupes. Plusieurs études ont identifié de façon constante que les femmes infectées par le VIH notamment celle ayant un taux de CD4 bas, sont à risque accru d'infection par le HPV [25,26,27], l'agent étiologique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col.

Les femmes infectées par le VIH ont aussi des taux plus élevés d'infection par les types oncogènes d'HPV, sont fréquemment infectées par des types d'HPV multiples et ont une chance plus grande d'avoir une infection persistante [25, 26,27,]. Par ailleurs il a été démontré que l'infection à VIH augmente le risque d'une femme de développer les néoplasies intra épithéliales et de cancer invasif du col [23,30].

Le cancer du col de l'utérus continu d'être un important problème de santé publique dans les pays en développement notamment ceux d'Afrique au sud du Sahara [22,24,29] malgré sa prévention facile par la vaccination anti HPV et le dépistage.

Au Mali le cancer du col est le cancer le plus fréquent chez la femme. Contrairement aux pays développés, les femmes de notre pays ont très peu accès au dépistage du cancer du col et ceci indépendamment du statut VIH. Quoi qu'il y ait une augmentation de l'accès à la trithérapie dans notre pays, avec une diminution du fardeau des infections opportunistes, l'impact de la restauration partielle du système immunitaire par le traitement ARV sur l'histoire naturelle de l'infection à HPV semble modeste à faible compte tenu de la forte prévalence des cancers du col dans notre pays. En fait les femmes infectées par le VIH

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

demeurent à risque important de néoplasie cervicale si elles reçoivent la trithérapie [23,30].

C'est dans le but de faire le bilan de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au CHU Gabriel Touré que nous avons décidé de mener cette étude.

OBJECTIFS

1. OBJECTIFS :

1-1 Objectif général

Faire le bilan de dépistage et le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au CHU Gabriel Touré.

1-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au CHU Gabriel Touré.
- Préciser le profil socio démographique des patientes dépistées au CHU Gabriel Toué.
- Déterminer le type histologique des dysplasies et des cancers du col de l'utérus au CHU Gabriel Touré.
- Décrire les méthodes thérapeutiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CHU Gabriel Touré.

GENERALITES

2.GENERALITES

2.1. RAPPELS :

2.1.1. RAPPEL ANATOMIQUE :

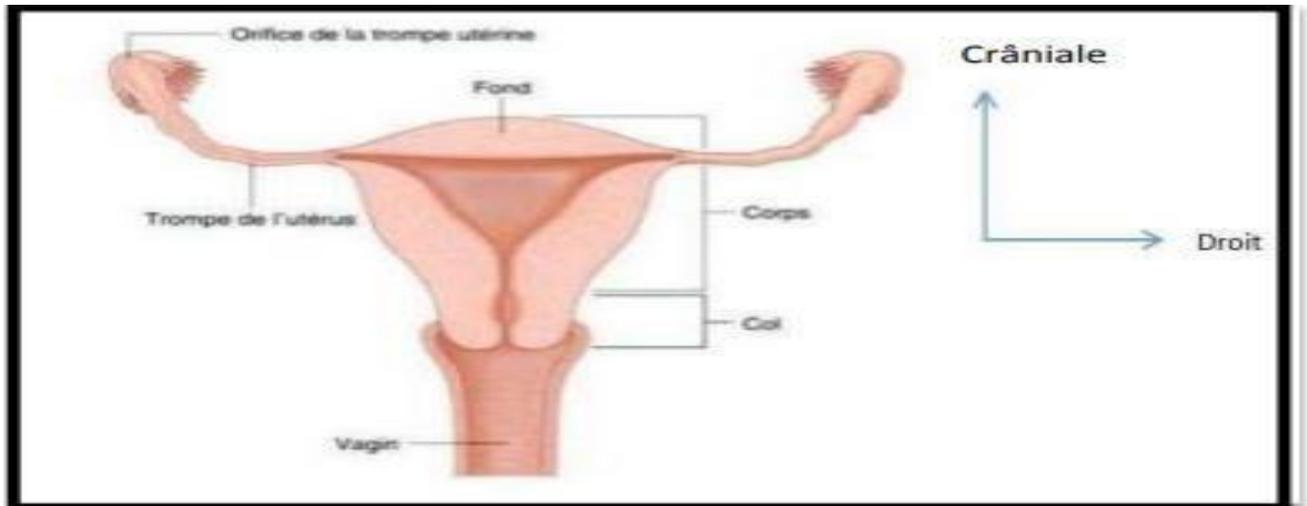


Figure 1: Coupe frontale de l'appareil génital féminin [11].

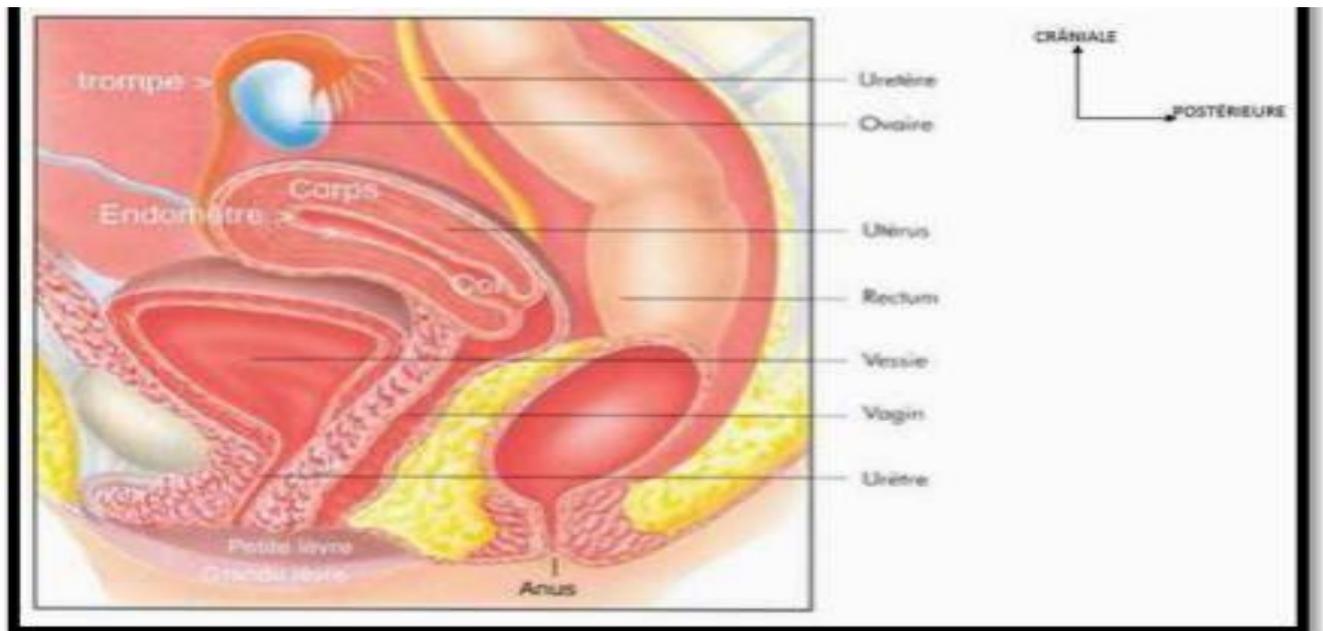


Figure 2: Coupe sagittale des organes pelviens [9].

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

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

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

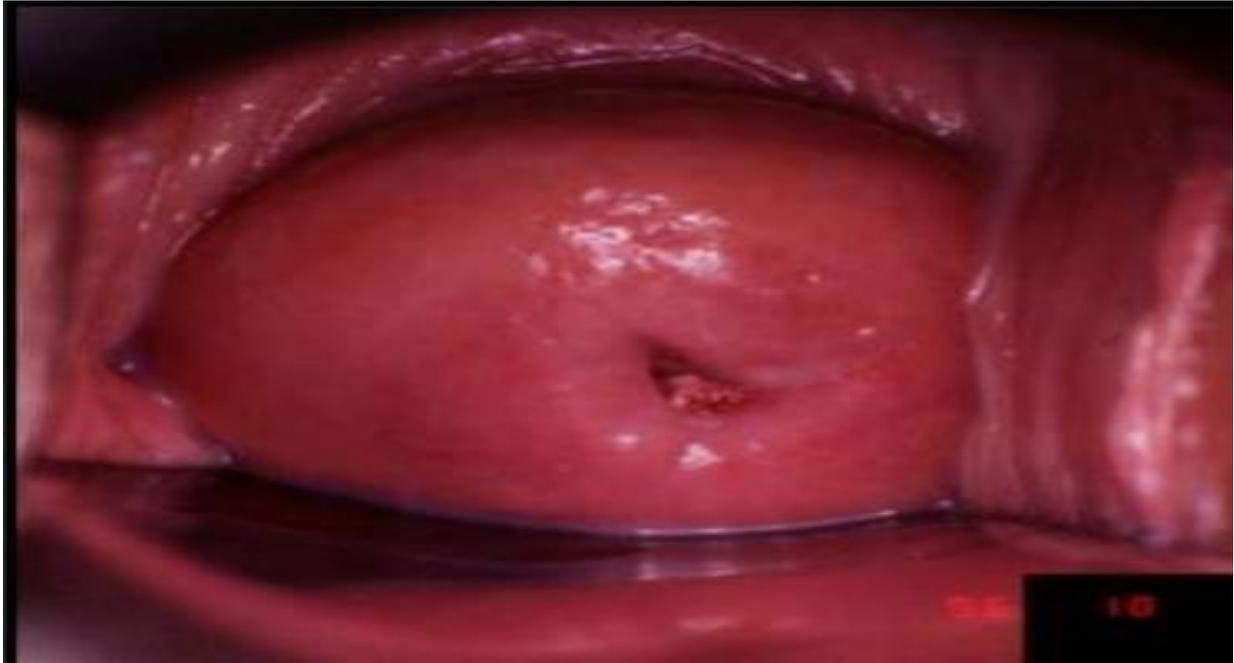


Figure 3 : Col de nullipare.

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

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

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



Figure 4 : Col de multipare [11].

2.1.2. RAPPELS HISTOLOGIQUES :

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

L'exo col : [5]

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

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

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.

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

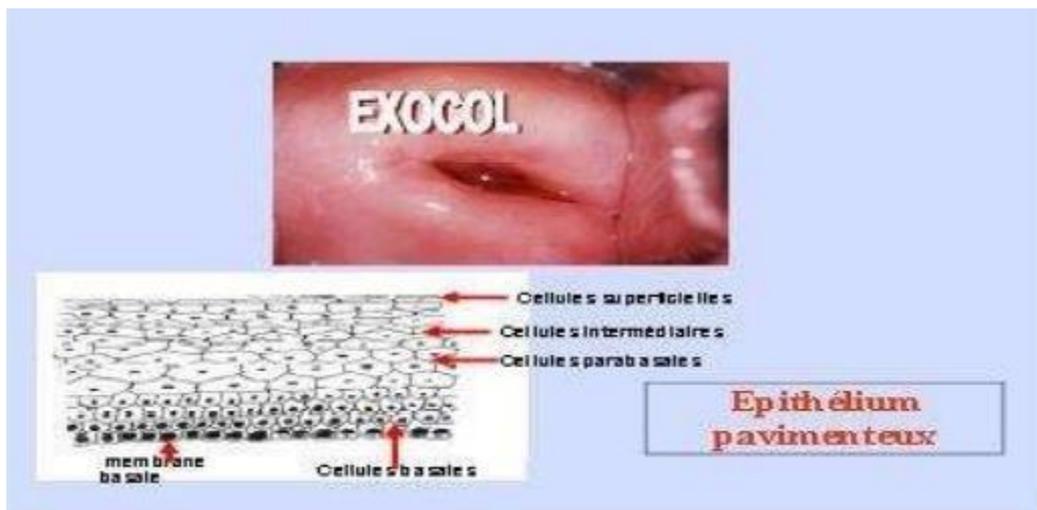


Figure 5 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [6].

L'endocol : [6]

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

produisent pas de glycogène, et ne changent pas de couleur après application de soluté de lugol.

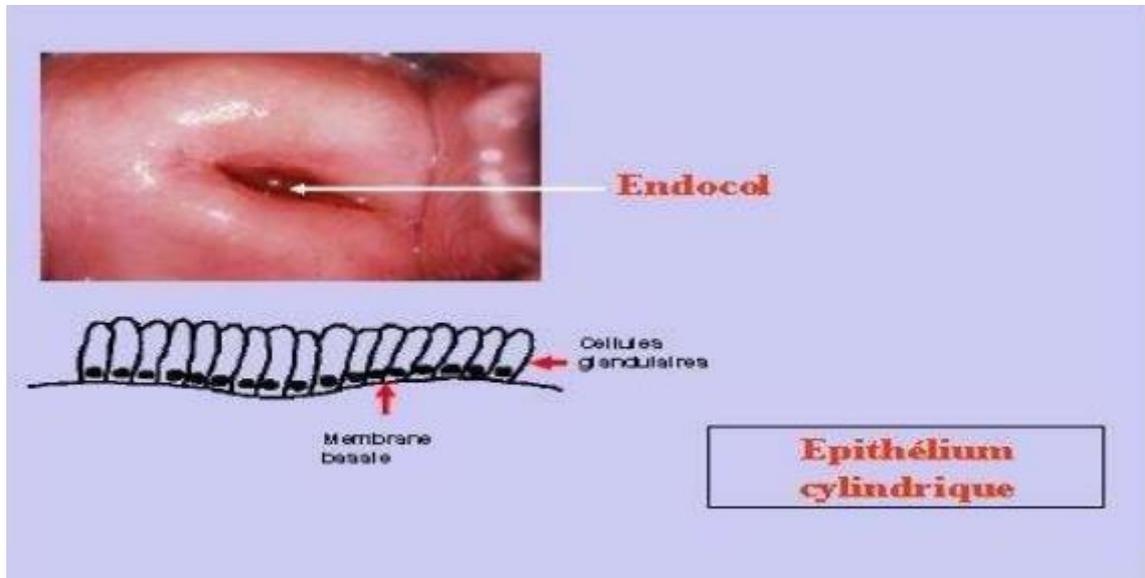


Figure 6 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal [6]

► La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [6]

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

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

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

- Ala pré ménopause la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se situe au niveau de l'orifice à cause de la diminution du taux d'œstrogène entraînant une diminution de la taille du col et par conséquent un déplacement plus rapide de la jonction pavimento-cylindrique vers l'orifice externe et dans le canal endocervical.
- Après la ménopause, la nouvelle JPC n'est plus visible ; elle a disparu dans l'endocol. L'épithélium pavimenteux métaplasique mature, s'étend sur presque tout l'exocol ; elle se situe dans le canal endocervical donc, n'est presque pas visible.

Entre ces 2 épithéliums, il se forme une zone où l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium métaplasique pavimenteux ; cette zone est fragile, ulcérable subit des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée **zone deremaniement (ZR)** ; elle mesure d'après F. Fluhmann 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone où débutent généralement les néoplasies cervicaux à proximité de la jonction pavimento-cylindrique [5].

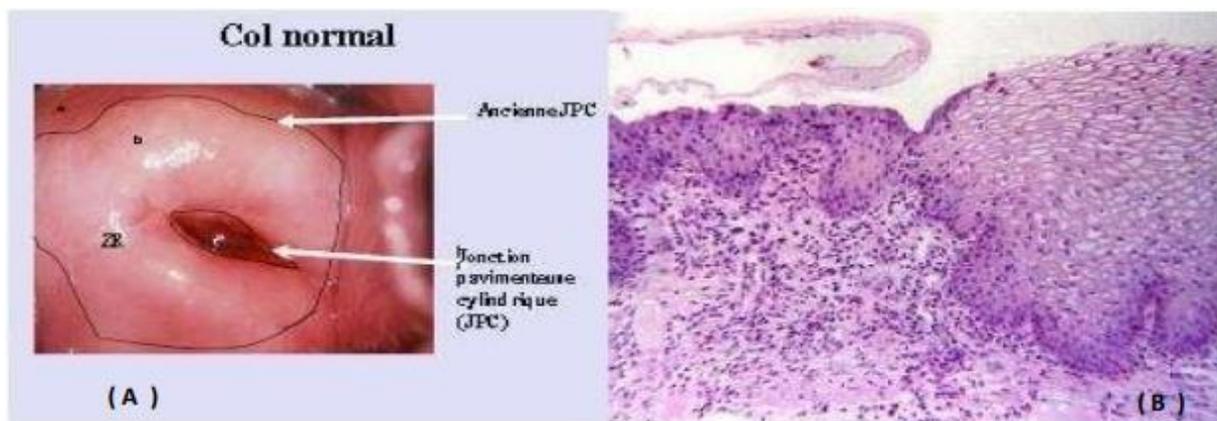


Figure 7 : Col normal avec la JPC (A) coupe histologique normale de la zone de JPC (B) [6].

2.2. Généralités sur le cancer :

2.2.1. Définition du cancer du col utérin :

Le cancer du col de l'utérus est une prolifération anormale, anarchique et autonome des cellules, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions [7, 8]. L'histoire naturelle du cancer du col montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papillomavirus) [9]. Il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications : dysplasie, néoplasie intra épithéliale (CIN), lésions précancéreuses de bas et de haut grade. Pendant cette longue période évolutive, elles sont infra cliniques. Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses sont faciles à diagnostiquer et le traitement est simple et reproductible, qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [10, 11].

2.2.2. Etiopathogénie du cancer :

Facteurs de risque :

Des études épidémiologiques ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque qui contribuent au développement des CIN et du cancer du col. Les infections par certains types oncogènes de papilloma virus humain :

- HPV (16, 18,31,45) est à l'origine de plus de 90% des cancers cervicaux;

L'infection à herpes virus simplex.

- La précocité et la fréquence des rapports sexuels
- La multiparité et une maternité précoce
- Le bas niveau socioéconomique
- Les partenaires sexuels multiples
- L'utilisation au long court des contraceptifs oraux ; ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant les rapports sexuels fréquents

souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables portes d'entrée pour le HPV.

Infection par le papilloma virus [12]

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

La reconnaissance du condylome repose également sur la découverte de koilocytes :

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

Si le condylome est isolé son traitement consiste à une surveillance simple, on traitera le partenaire en conseillant des préservatifs pour les rapports ; ce n'est qu'en cas de persistance qu'une destruction par cryothérapie ou laser se justifie. Des récurrences sont possibles : c'est une affection sexuellement transmissible. Un dépistage annuel de surveillance est souhaitable.

Les lésions dysplasiques ou précancéreuses

Le concept de la maladie pré invasive du col a été introduit pour la première fois en 1947. Il a été reconnu que des transformations épithéliales ayant l'apparence d'un cancer invasif pouvaient être identifiées uniquement au niveau de l'épithélium [13].

Des études ultérieures ont montré que si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent progresser vers le cancer du col [14].

Les progrès de la cytologie ont conduit à l'identification des lésions précoces appelées dysplasies, qui impliquent le développement futur probable d'un cancer. Pendant de nombreuses années, le carcinome in situ (CIS) était traité très

agressivement (très souvent par une hystérectomie) tandis que les dysplasies considérées comme moins importantes n'étaient pas traitées ou étaient traitées par biopsie per colposcopie et cryochirurgie [10].

Le concept de néoplasie intra épithéliale (CIN) du col a été introduit en 1968, quand Richart a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer [15]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement [16]. Néanmoins, le terme CIN réfère à une lésion qui pourrait progresser vers le cancer. Ce terme est équivalent à celui de dysplasie. La dysplasie signifie « maturation anormale » ; par conséquent, une métaplasie proliférative sans activité mitotique ne doit pas être appelée dysplasie. Une métaplasie épidermoïde ne doit pas être diagnostiquée comme dysplasie (CIN) parce qu'elle ne progresse pas vers le cancer invasif [10]

La plupart des cancers cervicaux sont précédés d'une longue période de cancer pré invasif. Ce stade se manifeste à un niveau microscopique par un spectre continu d'évènement allant de l'atypie cellulaire aux différents degrés variés de la dysplasie. Celle-ci évolue vers le carcinome in situ, qui en dehors de tout traitement dégénère en cancer invasif. La « néoplasie cervicale intra épithéliale » (CIN) était une nomenclature de plus en plus utilisée permettant de représenter le large spectre de la maladie. Dans de nombreux pays en développement, la nomenclature dysplasie/carcinome in situ de l'OMS est toujours en cours [4]. Celle de Papanicolaou est universellement abandonnée car obsolète et celle du Système Bethesda doit être utilisée pour les résultats du frottis [17].

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

**DEPISTAGE DES LÉSIONS PRECANCÉREUSES ET CANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

Tableau I : Corrélation entre les différentes classifications [5]

Papanicolaou 1954	Richart 1968	OMS 1973	Bethesda 1991	Bethesda 2001
Classe I : Absence de cellules anormales	Normal	Normal	Dans les limites de la normale	Dans les limites de la normale
Classe II : Cellules atypiques sans signe de malignité		Atypies Malpighiennes ou glandulaires bénignes inflammatoires	Inflammations Lésions réactionnelles	Autres infections Inflammations Lésions réactionnelles
	NCI	Dysplasies malpighiennes	ASCUS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales	ASCUS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales
	NCI 1	Dysplasie légère	De bas grade	De bas grade et Infection à HPV
Classe III : Anomalie cellulaire évoquant la malignité	NCI 2	Dysplasie modérée	De haut grade	De haut grade
	NCI 3	Dysplasie sévère		
			Carcinome in situ (CIS)	Carcinome Malpighien
Classe IV : Anomalie cellulaire très évocatrice de malignité		Adénocarcinome	Adénocarcinome	Adénocarcinome

Caractéristiques cliniques :

Il n'existe pas de symptômes spécifiques permettant de déceler la présence de dysplasie cervicale.

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

Diagnostic des dysplasies :

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

2.2.3. Histologie:

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

- Différenciation, maturation et stratification des cellules

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

- Anomalies nucléaires

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

- Activité mitotique (présence des figures de division cellulaire)

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

- **Ainsi selon la présence des figures de mitose :**

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

Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (NCI II),

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

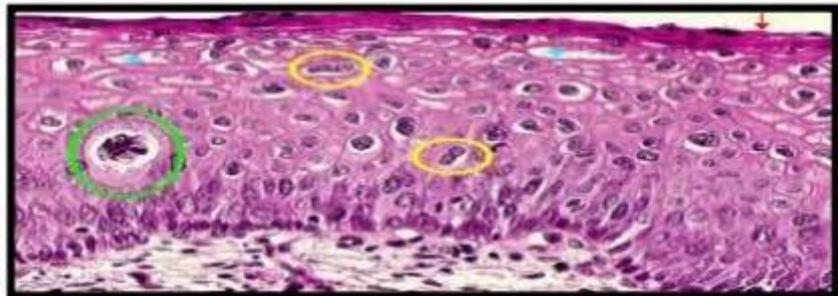


Figure 8 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec infection à HPV plus dysplasie légère [14]

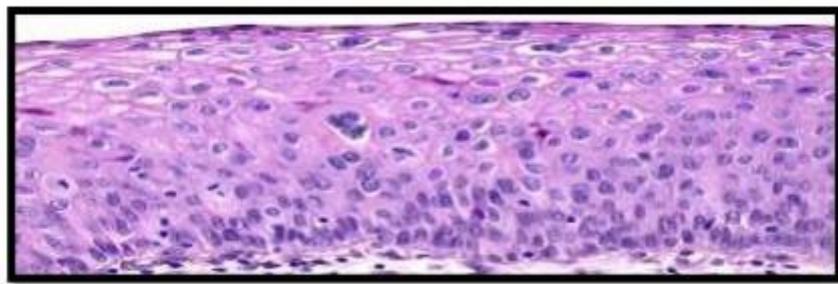


Figure 9: Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie modérée [23]

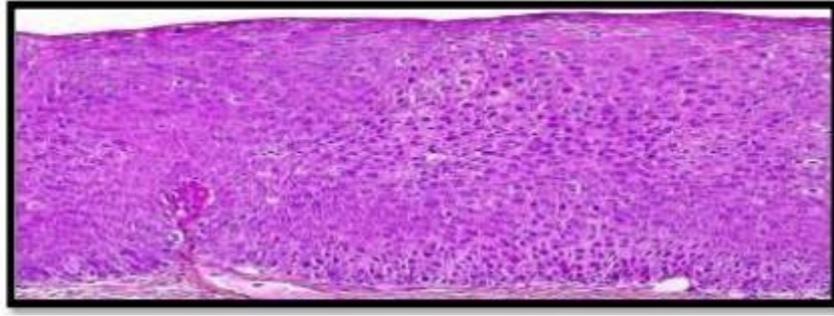


Figure 10: Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie sévère

2.2.4. Traitement : [16]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

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

Si elle est modérée (CIN 2), l'attitude la plus habituelle est le traitement par les mêmes moyens que ceux la dysplasie légère. Si elle est sévère (CIN 3) ou s'il s'agit d'un cancer in situ, le traitement dépend du siège de la lésion.

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

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

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

2.5. Surveillance : [12]

La surveillance doit être stricte :

Si l'abstention a été décidée (dysplasie légère) il faut faire un dépistage annuel voire deux ou trois ans selon la possibilité de la femme, pour dépister une

aggravation et surveiller la régression spontanée. Si un traitement local a été effectué, il faut revoir la patiente un mois après afin de vérifier qu'aucun épithélium pathologique n'a été laissé, il faut revoir la femme à 3 ; 6 et 12 mois pour un examen colposcopique, et éventuellement pour biopsie, un examen visuel (IVA, IVL) annuel sera ensuite effectué.

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

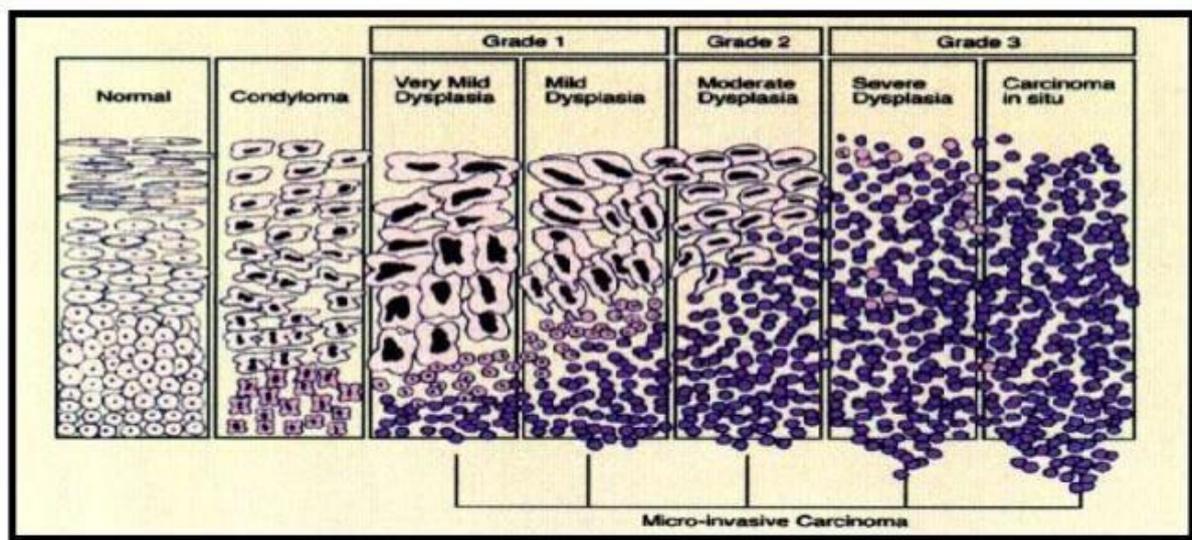


Figure 11: Coupe histologique de la lésion précurseuse du cancer du col utérin [14]

2.6. Les rapports de la dysplasie et du cancer : [12]

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

Richard a introduit le terme de néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) pour désigner ces lésions. Il s'agit en fait de dysplasie et de lésions précancéreuses. Tout se passe comme si l'évolution de la dysplasie de haut grade en cancer in situ puis invasif, se faisait de manière évolutive. Le dépistage de la dysplasie et son traitement font baisser la fréquence du cancer du col dans une population donnée.

2.7. Le Cancer invasif

Caractéristiques cliniques :

Dans les stades précoces, le cancer peut ne manifester aucun symptôme ou signe clinique. Les femmes atteintes d'un cancer invasif du col à un stade modérément avancé ou avancé ont souvent un ou plusieurs symptômes : saignement inter menstruel, saignement post coïtal, pertes vaginales importantes séropurulentes, cystite récurrente, douleurs dorsales et pelviennes, œdèmes des membres inférieurs, obstruction urétérale, occlusion intestinale, dyspnée due à l'anémie et à la cachexie. Comme l'invasion du stroma se poursuit, les signes cliniques de la maladie se manifestent, avec la présence de plusieurs tumeurs visibles lors de l'examen au spéculum.

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

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

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

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

dorsolombaires et des douleurs dans les membres inférieurs. De la même façon, l'atteinte des veines de la paroi pelvienne et du réseau lymphatique est parfois à l'origine d'un œdème des membres inférieurs.

La dissémination des métastases à distance intervient de façon tardive au cours de la maladie. Ces métastases touchent généralement les ganglions para-aortiques, les poumons, le foie, les os, ainsi que d'autres organes.



Figure 12 : Col avec un cancer invasif [14]

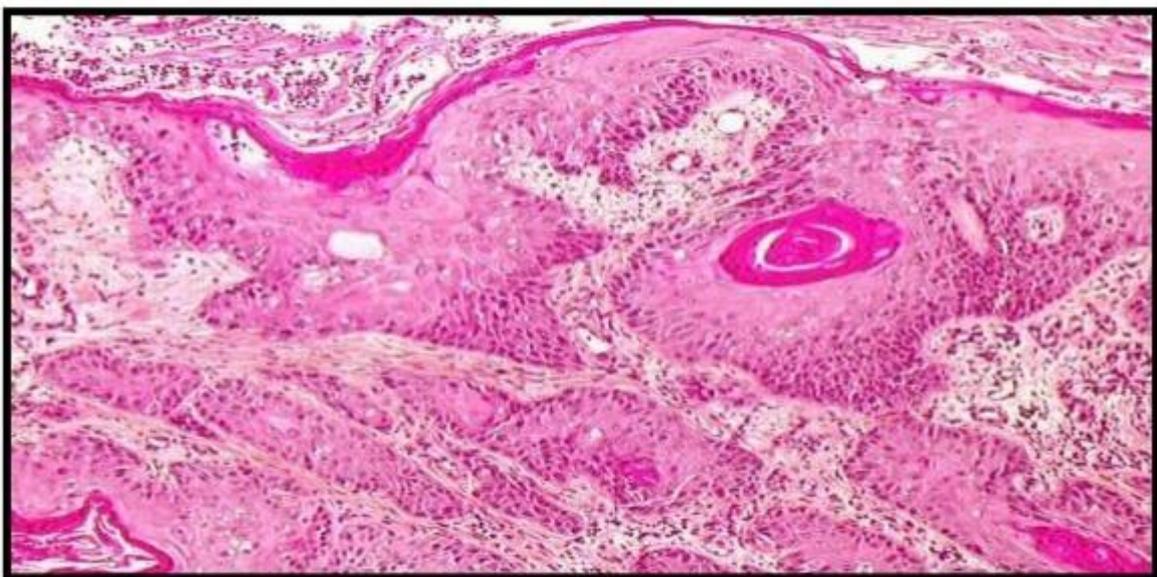


Figure 13 : Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif [14]

2.8. Dépistage et diagnostic du cancer du col

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

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

Justification du dépistage du cancer du col utérin : Le cancer in situ guérit à 100% avec un traitement simple. Par contre, le cancer au stade I et IIA ne guérit que dans 80% des cas à 5 ans avec un traitement lourd. Pour les cancers au stade IIB le taux de guérison n'est plus que de 55% à 5 ans, pour les stades III de 25% [16].

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

Classification histopathologique du cancer du col de l'utérus :

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95 % des cancers invasifs du col dans les pays en développement sont des carcinomes épidermoïdes, et seulement 2 à 8 % correspondent à des adénocarcinomes [14].

Classification clinique

Le système de classification du cancer du col le plus utilisé est celui proposé par

FIGO (fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique). Ce système est basé sur une classification par stade en fonction de la taille et de l'étendue de la maladie à la région pelvienne.

Stade I : le carcinome est strictement limité au col utérin

- **I A** : cancer invasif identifié par analyse microscopique uniquement.

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

- **I B** : les lésions cliniques sont limitées au col ou bien les lésions pré cliniques sont plus importantes

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

- **II A** : pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les 2/3 supérieurs du vagin.
- **II B** : atteinte paramétriale évidente, mais pas jusqu'à la paroi pelvienne.

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

- **III A** : pas d'extension à la paroi pelvienne mais atteinte du 1/3 inférieur du vagin.
- **III B** : extension à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet

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

- **IV A** : extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.
- **IV B** : extension aux organes distants.

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

2.9. Traitement et pronostic [16]

Traitement

Le traitement est fonction du stade évolutif :

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

Stade IB et IIA : trois méthodes peuvent être utilisées

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

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

Une lymphadénectomie ilio-pelvienne.

La physiothérapie sans chirurgie :

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

Enfin en France, souvent on associe radiothérapie et chirurgie :

Premier temps : curiethérapie ;

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

Troisième temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

Stade IIB et stade III : La plupart des auteurs préfèrent utiliser la radiothérapie seule ou associée à la curiethérapie. La place de la chirurgie n'est que palliative (dérivation urinaire par exemple).

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

-La survie en 5 ans est de :

100% pour le CIS.

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

55% pour les cancers aux stades II b,

35% pour les cancers aux stades III,

5 à 10% pour les cancers aux stades IV.

- **Surveillance post- thérapeutique :[12]**

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

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

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

La moindre anomalie du test au lugol doit faire recourir à la biopsie dirigée ou à la consultation du spécialiste.

Il ne faut pas oublier que l'épithélioma intra épithélial est une maladie de la muqueuse malpighienne qui peut récidiver sur la cicatrice, s'étendre à tout le vagin, voir même à la vulve. Il faudra donc examiner soigneusement le conduit vaginal et la vulve.

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

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

Cancer du col utérin selon le terrain

- Cancer du col de l'utérus et grossesse :

La fréquence du cancer du col utérin chez la femme enceinte est diversement estimée : 2,7% à 3,5% des cancers du col surviennent chez la femme enceinte et les néoplasies intra épithéliales (CIN) sont plus fréquentes pendant la grossesse. Il s'observe plus souvent chez la multipare ayant dépassé 30 ans, dont le col a été traumatisé par les accouchements antérieurs. Mais il atteint aussi la primipare plus jeune. Les divers degrés de la classification internationale des lésions pré invasives et invasives des cancers du col de l'utérus et néoplasies intra épithéliales s'observent dans les mêmes proportions qu'en dehors de la grossesse [18].

L'augmentation de la taille et du nombre des vaisseaux, l'hyperplasie de la muqueuse endocervicale, la transformation du chorion et l'intensité de la réaction acidophile modifient parfois considérablement les aspects colposcopiques chez la femme enceinte. Près d'un tiers des cancers invasifs ou micro invasifs survenant chez la femme enceinte étaient méconnus à la colposcopie durant la grossesse. Le principe est d'éviter l'expulsion du fœtus par la voie cervico- vaginale car elle représente un facteur pronostic défavorable.

➤ Au premier trimestre de la grossesse :

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

➤ Au deuxième trimestre de la grossesse : Soit une interruption thérapeutique de la grossesse est pratiquée par micro césarienne puis le traitement curiethérapie et chirurgie ; soit on laisse évoluer la grossesse jusqu'à maturité fœtale. La décision est prise en accord avec la patiente en fonction de l'âge de la grossesse au moment du diagnostic (4ème, 5ème et 6ème mois) du désir de grossesse, de l'âge de la patiente, des antécédents obstétricaux.

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

Relation entre cancer du col de l'utérus et l'infection à VIH : [19]

L'infection à VIH est-elle impliquée dans la survenue du cancer du col de l'utérus?

Durant ces dernières années, on assiste à une évolution de l'épidémiologie du cancer du col avec un rajeunissement de la population atteinte. Ainsi l'infection par le VIH n'explique pas entièrement cette évolution récente mais trouve sa place dans les facteurs de risque de la maladie. Cette infection chez la femme est associée à une prévalence élevée de cancer du col et à une évolution d'autant plus sévère de ces lésions que le déficit immunitaire est profond.

Cela a conduit à l'inclusion du cancer invasif du col parmi les critères définissant le sida en janvier 1993 principalement dans le but de sensibiliser les cliniciens à la surveillance gynécologique des femmes séropositives. La découverte de plusieurs cas de cancer cervicaux chez les femmes jeunes VIH positives ainsi que l'observation de risque plus élevés d'infections à papilloma virus humain et de dysplasies cervicales de haut grade, précurseur de cancer du col chez les femmes VIH positives suggèrent une association entre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Peu d'études ayant été réalisées pour confirmer cette association, des données plus précises sont nécessaires pour justifier un dépistage systématique du cancer du col chez les femmes séropositives.

Ainsi le traitement standard comportera en fonction du stade du cancer, de l'âge de la patiente, du désir ultérieur de grossesse ; une chirurgie ou une cryothérapie associée ou non à un traitement antirétroviral. Ce traitement est modulé en fonction du taux de CD4 et de la gravité de l'infection à VIH. Le traitement antirétroviral pourrait être renforcé par une prophylaxie infectieuse contre les

infections opportunistes et une surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

Cancer du col chez les adolescentes :

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

Cette susceptibilité est généralement traduite par la brièveté du temps s'écoulant entre les premiers rapports et l'apparition des lésions. En outre, le nombre élevé de partenaires est un facteur d'infections sexuellement transmissibles. Mais après des périodes d'abstinence et de soins hygiéniques sérieux, le col reprend assez rapidement son état normal. La tendance à la progression varie avec l'âge. Les femmes en activité sexuelle présentent une progression maximale entre 20 et 40 ans. Leur évolution est multifactorielle.

2.3. Principes physiopathologiques des tests :

2.3.1. Le test à l'acide acétique (iva) :

L'acide acétique à 5% provoque une coagulation ou une précipitation réversible des protéines cellulaires. Il provoque également un du tissu épithélial au niveau de l'épithélium cylindrique et des régions présentant gonflement métastases touchent généralement les ganglions para-aortiques, les poumons, le foie, les os, ainsi que d'autres organes. Des anomalies de l'épithélium pavimenteux. Par ailleurs, il entraîne une déshydratation des cellules et facilite la coagulation et l'élimination du mucus sur le col.

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

Lorsqu'on applique l'acide acétique sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un

blanchissement notable de l'épithélium comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présents dans l'épithélium. Les modifications de coloration les plus perceptibles s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés.

Ainsi, quand on badigeonne d'acide acétique un épithélium pavimenteux normal, l'acide ne provoque qu'une légère coagulation dans la couche cellulaire superficielle, car l'activité nucléaire y est faible.

Et bien qu'en profondeur, les cellules contiennent plus de protéines nucléaires, l'acide acétique ne peut y pénétrer suffisamment et la précipitation en résultant ne suffit pas à masquer la couleur rose de stroma sous-jacent. Au contraire, les dysplasies et les cancers invasifs présentent de fortes quantités de protéines nucléaires (étant donné le grand nombre de cellules indifférenciées), si bien que la coagulation est maximale et empêche la lumière de passer à travers l'épithélium.

Par conséquent, le réseau vasculaire sous épithélial est masqué et l'épithélium apparaît nettement blanc. Dans le cas d'une CIN, la réaction acidophile est limitée à la zone de remaniement, près de la jonction pavimento-cylindrique, tandis que dans le cas d'un cancer, cette réaction affecte souvent la totalité du col. L'apparition d'une réaction acidophile ne se limite pas aux néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN) et au cancer débutant, elle est aussi observée dans la métaplasie pavimenteuse immature, l'épithélium en cours de cicatrisation et de régénération (associé à une inflammation), la leucoplasie (hyperkératose) et le condylome.

Alors que l'épithélium acidophile du CIN et du cancer invasif infra clinique, apparaît dense, épais et opaque, avec des bords bien délimités par rapport à l'épithélium normal environnant, l'épithélium acidophile dans la métaplasie

immature, l'inflammation, ou en cours de régénération, apparaît moins blanc, opalescent, plus mince et souvent translucide, aux contours mal définis, avec une distribution inégale.

En présence d'une inflammation ou d'une cicatrisation, la réaction acidophile est largement répandue sur tout le col et ne se limite pas à la zone de remaniement.

D'autre part, l'effet de l'acide acétique se dissipe rapidement dans le cas de la métaplasie immature et de l'inflammation (en moins d'une minute), tandis que les modifications acidophiles associées aux lésions CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra clinique, apparaissent rapidement et persistent quelques minutes : entre 3 et 5 minutes dans le cas des CIN de haut grade (2 et 3) et du cancer invasif.

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

2.3.2. Le test de Schiller (inspection visuelle au Lugol :(IVL) :

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

L'iode étant glyco-phile, une solution iodée sera donc absorbée par un épithélium riche en glycogène.

C'est la raison pour laquelle, l'épithélium pavimenteux normal riche en glycogène prend une coloration noire ou acajou après application d'iode. L'épithélium cylindrique qui ne contient pas de glycogène, ne prend pas la coloration à l'iode, et peut même paraître légèrement décoloré à cause de la fine pellicule déposée par la solution iodée. De même, les zones tapissées par un

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU
COL DE L'UTERUS CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES AU VIH AU CHU
Gabriel Toure**

épithélium pavimenteux métaplasique immature restent iodonégatives où ne prennent que partiellement la coloration à l'iode.

En cas d'érosion des couches cellulaires superficielles et intermédiaires associée à une inflammation de l'épithélium pavimenteux, ces zones ne prennent pas la coloration à l'iode et apparaissent nettement décolorées sur un fond brun ou noir. Les zones affectées par un CIN ou un cancer invasif sont également iodonégatives (puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de régions jaune moutarde ou safran, épaisses.

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

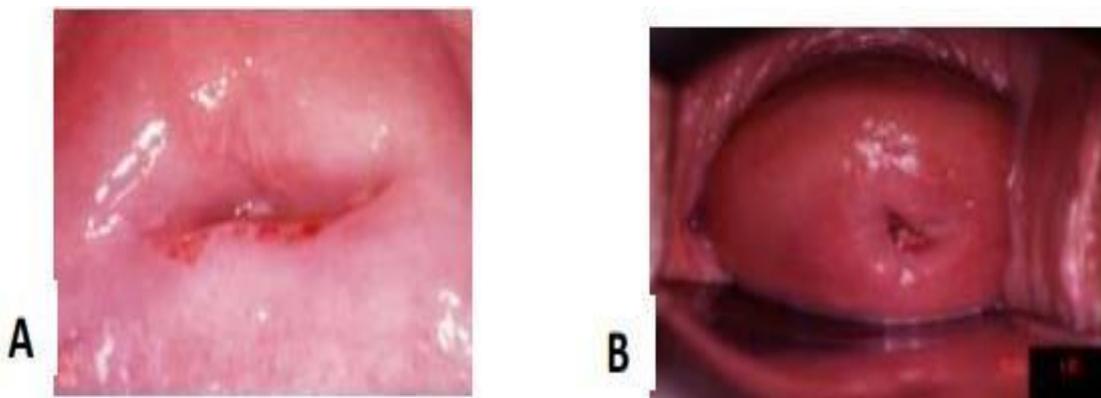


Figure 12 : col positif à l'acide acétique (A) ; col négatif à l'acide acétique(B)

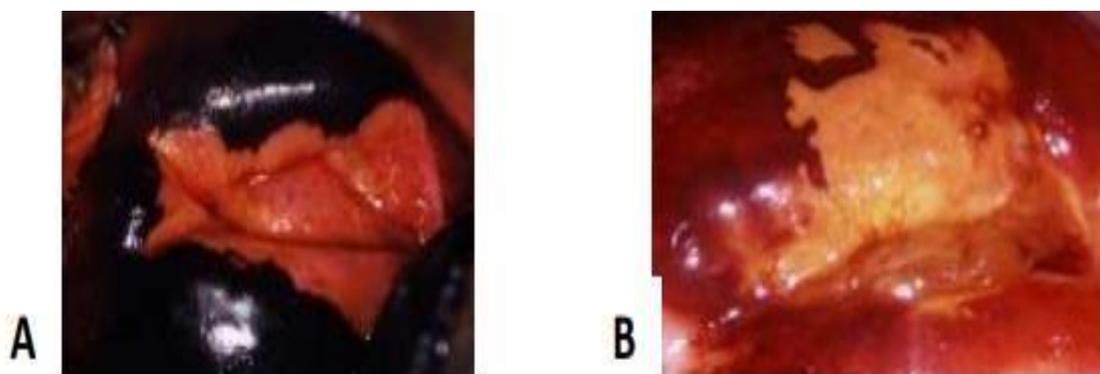


Figure 13:col positif au soluté de lugol (A) ; col négatif au soluté de lugol (B)
[23]

MATERIEL ET METHODES

3. MATERIEL ET METHODES

1- Cadre d'étude :

L'unité de prise en charge VIH, a été créée en 2001 afin d'apporter une réponse médicale et psychosociale adaptée aux problèmes de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le personnel est pluridisciplinaire et est placé sous la responsabilité du médecin directeur du centre. Il est constitué d'une équipe permanente de 18 personnes.

Le personnel est composé de :

- dix médecins
- un pharmacien
- un aide pharmacien
- deux assistantes sociales
- trois conseillers psychosociaux

Ces locaux, l'unité de prise charge VIH se compose de :

- une pièce d'accueil ;
- une salle de soins et de prélèvements avec une salle d'observation de jour contiguë possédant cinq lits ;
- une salle d'archives contenant les dossiers médicaux des patients ;
- un bureau pour les consultations médicales et de conseil ;
- un bureau de pharmacie ;
- un laboratoire biologique.
- un laboratoire biologique ;

L'objectif de l'unité de prise en charge : l'accès au dépistage et prise en charge communautaire sur le plan médical psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Les activités :

- Le dépistage : conseil pré et post test du VIH, annonce du résultat, utilisation des tests rapides au laboratoire

- Des soins médicaux : consultation médicale, traitement des infections opportunistes, prescription des ARV, hôpital du jour, infirmerie, soins à domicile, accompagnement et soutien psychosocial.

2- Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte prospective des données. Notre étude s'est déroulée de Février 2022 à Janvier 2023 soit 12 mois.

3- Population d'étude :

Toutes les femmes séropositives au VIH suivies dans l'unité de prise en charge VIH au service d'Hépatogastro-entérologie.

Nous avons enregistré 167 patients par an, plus de 103 hommes soit 61.68% et 64 femmes soit 38.32%.

4- Critères d'inclusion : Ont été incluses

Toutes les femmes séropositives qui acceptaient le processus de dépistage après consentement éclairé.

5- Critères de non inclusion :

- Les femmes vierges ;
- Les femmes enceintes ;
- Les femmes en période de menstruation ;
- Les femmes hystérectomisées ;
- Les femmes déjà suivies pour cancer du col de l'utérus traité ou pas.

Echantillonnage :

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule Schwartz :

$$N = \frac{Z^2 * P(1 - P)}{d^2}$$

N : taille minimale de l'échantillon, P : la prévalence des lésions du col chez les femmes séropositives au VIH au CHU Gabriel Touré est de (7.4%), Z : constante à intervalle de confiance de 95%(=1.96), d : précision absolue, la différence maximale entre le taux de la population et le taux d'échantillonnage qui peut être tolérée.

N=105

6- 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 ;
- Nous avons utilisé une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% obtenue en ajoutant 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée ;
- Nous avons utilisé une solution de lugol préparée en dissolvant 10g d'iodure de potassium à 5g d'iode le tout dans 100 ml d'eau distillée.

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

La solution doit être stockée dans un récipient sombre hermétiquement fermé afin d'éviter l'évaporation de l'iode et la perte de son pouvoir colorant. - Des flacons pour les biopsies du col ; - Du formol à 10% ;

Un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés ; - Une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés.

7- Déroulement du travail :

Consentement des femmes :

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

Considérations éthiques :

Les patients ont été informés de la nature de l'étude et leurs consentements verbaux ont été indispensables pour l'inclusion. Le recueil des données s'était effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

Interrogatoire :

On procède à un interrogatoire pour préciser l'identité de la femme, ses antécédents gynécologiques, sa parité, son statut matrimonial.

Examen clinique :

La femme est orientée vers le service de gynécologie pour bénéficier 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 du test visuel IVL-IVA.

Biopsies :

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

Devenir des patientes :

En fonction des résultats des tests visuels, de l'histologie et de l'étendue de la lésion, un schéma thérapeutique et un suivi périodique sont élaborés. Tous les résultats de l'interrogatoire et des différents examens ont été portés dans un questionnaire et sur un carnet rose qui a été remise à la femme avec la date du dernier dépistage et la date du rendez -vous.

8- Saisie et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi info7.2.5.0. Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel 2016.

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1. Fréquence :

4.1.1 Taux globale de dépistage :

Au terme de notre étude sur un total de 607 patientes 319 femmes avaient participé au dépistage soit un total de 52.55%.

4.1.2 taux d'acceptabilité :

Au terme de notre étude 319 femmes avaient participé après counseling au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin sur un total de 402 pour un taux de dépistage de 98.43%, 5 tests sont revenus positifs soit 1.57% et ses 5 femmes ont bénéficié d'une biopsie.

4.2. Profil sociodémographique des femmes dépistées :

Soit PAD les patientes ayant acceptée le dépistage et PNAD les patientes n'ayant pas acceptée le dépistage.

4.2.1. Age

Tableau II : Répartition des femmes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	PAD	%	PNAD	%
<20	7	2.19	4	4.81
20-29	114	35.74	22	26.51
30-39	98	30.73	50	60.24
40-49	82	25.70	7	8.43
50-59	17	5.33	0	0
60-69	1	0.31	0	0
Total	319	100	83	100

La moyenne d'âge était de $32,21 \pm 11,2$ ans avec des extrêmes de 16 à 68 ans chez les PAD et de 27.01 ± 10 ans avec des extrêmes de 17 à 47 ans chez les PNAD.

La tranche d'âge la plus représentée a été entre 20-29 ans avec 35.74% chez les PAD tandis qu'elle a été entre 30-39 chez les PNAD.

4.2.2. Niveau d'instruction scolaire :

Tableau III : Répartition des femmes selon leur niveau d'instructions

Niveau d'instruction scolaire	PAD	%	PNAD	%
Scolarisée	207	64.89	72	86.75
Non colarisée	112	35.11	11	13.25
Total	319	100	83	100

Les femmes ayant reçu une scolarisation ont été les plus représentées dans les deux cas avec 64.89% chez les PAD et 86.75% chez les PNAD.

4.2.2. Statut matrimonial :

Tableau IV : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	PAD	%	PNAD	%
Mariée	206	64.6	41	49.4
Célibataire	51	16	34	40.96
Veuve	48	15	3	3.62
Divorcée	14	4.4	5	6.02
Total	319	100	83	100

Le statut matrimonial le plus représenté a été les mariées dans les deux cas avec 64.6% chez les PAD et 49.4% chez les PNAD.

4.2.3. Type de VIH :

Tableau V : Répartition des femmes selon le type de VIH

Type de VIH	PAD	%	PNAD	%
VIH1	318	99.8	83	100
VIH2	1	0.3	0	0
Total	319	100	83	100

Le type de VIH le plus représenté était le VIH1 dans deux cas avec 99.8% chez les PAD et 100% chez les PNAD.

4.2.4. CD4 :

Tableau VI : Répartition des femmes selon le taux de CD4

Taux de CD4	PAD	%	PNAD	%
<250	125	39.2	3	3.61
250-350	92	28.8	10	12.05
>350	10	32	70	84.34
Total	319	100	83	100

- 39.2% des PAD avaient un taux de CD4 inférieur à 250 cellules tandis que 84.34% des PNAD avaient un taux de CD4 supérieur à 350.

4.2.5. Schémas thérapeutiques :

Tableau VII : Répartition des femmes selon le type de traitement ARV

Schémas thérapeutiques	PAD	%	PNAD	%
TDF/3TC/EFV	242	75.9	10	12.05
TDF/3TC/DTG	69	21.6	73	87.95
AZT/3TC+LPV/r	8	2.5	0	0
Total	319	100	83	100

Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au chu Gabriel Touré

La majorité des PAD étaient sous TDF/3TC/EFV soit 75.9% tandis que la majorité des PNAD étaient sous TDF/3TC/DTG soit 87.95%.

4.2.6. Gestité :

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la gestité

Nombre de grossesse	PAD	%	PNAD	%
Nulligeste	37	11.6	2	2.40
Primigeste	32	10.03	17	20.48
Paucigeste	69	21.63	50	44.59
Multigeste	181	56.74	27	32.53
Total	319	100	83	100

Les multigeste ont été les plus représentées chez les PAD avec 56.74% tandis que les paucigestes ont été les plus représentées chez les PNAD avec 44.59%.

4.2.7. Résultat du test IVA/IVL :

Tableau IX : Répartition des femmes selon les résultats du test à IVA/IVL

Test IVA/IVL	Effectifs	Pourcentages (%)
Positif	5	1.57
Négatifs	314	98.43
Total	319	100

Le test IVA/IVL était positif chez environ 1.57% des femmes dépistées.

- 5 sont les femmes dépistées positives et ont bénéficié d'une biopsie dont l'examen histologique est nous avons trouvé 4 cas de lésions précancéreuses soit 1.25% (4/319) et 1 cas de cervicite soit 0.32% (1/319)

4.2. Histologie :

4.1. 2. Histologie et tranche d'âge :

Tableau X: Distribution des types de lésions selon la tranche d'âge

Diagnostic Histologique	Tranche d'âge					Total
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	
Cervicite	1	0	0	0	0	1
CIN1	0	1	1	0	0	2
Condylome plan	1	1	0	0	0	2
Total	2	2	1	0	0	5

Les tranches d'âge les plus touchées ont été celles de 20-29 ans et 40-49.

4.2.2. Histologie et gestité :

Tableau XI : Distribution des types de lésions selon la gestité

Diagnostic Histologique	Nombre de grossesse				Totale
	Nulligeste	Primigeste	Paucigeste	Multigeste	
Cervicite	0	0	0	1	1
CIN1	0	0	0	2	2
Condylome plan	0	0	2	0	2
Total	0	0	2	3	5

Les lésions du col de l'utérus ont prédominé chez les multigestes et les paucigestes avec 2 cas chacun.

4.3. Histologie et statut matrimonial :

Tableau XII : Distribution des lésions selon le statut matrimonial

Diagnostics Histologiques	Statut matrimonial				Total
	Mariée	Célibataire	Veuve	Divorcée	
Cervicite	1	0	0	0	1
CIN1	1	0	1	0	2
Condylome plan	2	0	0	0	2
Total	4	0	1	0	5

Les lésions du col de l'utérus ont prédominé chez les femmes mariées avec 4 cas.

4.4. Histologie et type de VIH :

Tableau XIII: Distribution des lésions selon le type de VIH

Diagnostics Histologiques	VIH		Total
	VIH1	VIH2	
Cervicite	1	0	1
CIN1	2	0	2
Condylome plan	2	0	2

Les lésions du col de l'utérus ont prédominé chez les femmes atteintes du VIH1 avec 5cas.

4.5. Histologie et taux de CD4 :

Tableau XIV: Distribution des lésions le taux de CD4

	Taux de CD4			Total
	<250	250-350	>350	
Cervicite	1	0	0	1
CIN1	1	1	0	2
Condylome plan	1	0	1	2
Total	3	1	1	5

Les lésions du col de l'utérus ont prédominé chez les femmes avec un taux de CD4 était inférieur 250 cellules avec 3 cas.

* Les lésions du col de l'utérus ont prédominé exclusivement chez les femmes ayant une charge virale inférieure à 1000.

4.6. Histologie et type de ARV :

Tableau XV : Distribution des lésions selon le type de traitement ARV

Diagnostics Histologiques	Schémas thérapeutiques			Total
	TDF/3TC/EFV	TDF/3TC/DTG	DUOVIR+KALETRA	
Cervicite	1	0	0	1
CIN1	1	1	0	2
Condylome plan	0	2	0	2
Total	2	3	0	5

Les lésions du col de l'utérus ont prédominé chez les femmes sous TDF/3TC/DTG avec 3 cas.

4.7. Histologie et traitement :

Tableau XVI : Distribution des lésions selon le traitement

Diagnostics Histologiques	Traitements		Total
	Antibiothérapie	Surveillance	
Cervicite	1	0	1
CIN1	0	2	2
Condylome plan	0	2	2
Total	1	4	5

Les patientes avec les CIN1 et les condylomes ont bénéficié d'un counseling et de surveillance, quant à la patiente avec la cervicite a bénéficié de l'antibiothérapie et a été conseillé pour un nouveau test après un an.

4.3. Les lésions associées :

4.3.1. Infections :

Tableau XVII :Lésions Associées

Lésions Associées	Effectifs	Pourcentages%
Vaginites	94	29,47
Cervicite	1	0,31
Anales	0	0
Normal	224	70,22
Total	319	100

Les lésions associées ont prédominé sur les vaginites avec 29.47%.

4.3.2. Seins :

Dans notre étude nous n'avons pas eu d'anomalie au niveau du sein.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. Commentaires et Discussion

Au cours de la période d'étude, sur un total de 402 patientes, 319 femmes soit 79.35% ont accepté de se soumettre après counseling au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin, à noter que la plupart des femmes qui n'ont pas bénéficié du dépistage était des vierges et des femmes âgées qui se faisaient livrer leurs médicaments. Ces 319 femmes ont bénéficié d'un test IVA et IVL. Le test visuel à l'acide acétique et au Lugol était négatif dans 314 cas soit 98,43% et positif dans 5 cas soit 1,57%. La biopsie a été effectuée chez les 5 patientes. Ceci nous a permis de faire une estimation de la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin chez les patientes immunodéprimées au VIH au CHU Gabriel Touré. Notre résultat est différent de celui de **Fane Set al**[37] qui a rapporté une positivité de 7.4% et largement inférieure à celui de **Veldhuijzen et al** [37] qui ont rapporté une prévalence de 72,2% chez les femmes

VIH positives au Rwanda. Ce taux est également inférieur à celui de **Didelot-Rousseau et al** [38] (qui rapportaient en 2006 une prévalence de l'infection à PVH de tous types de 54% chez des femmes Au Burkina Faso et à celui de **Antoine jacquet** [39] qui rapportait 52,8% chez les 254 femmes VIH-positives ayant pu être testées lors d'une étude transversale réalisée à l'Institut Pasteur d'Abidjan et les prélèvements testés au laboratoire de virologie du CHU de Bordeaux, de loin inférieure à celui de **Sissoko M** [47] qui avait trouvé 66.1% de positivité. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons un meilleur suivi des patientes vivantes avec le VIH au CHU Gabriel Touré.

Comme tout travail nous avons rencontré un certain nombre de difficultés. Le refus de certaines patientes pour faire le dépistage du cancer du col malgré un counseling avant de faire le test soit parce qu'elles ont peur de sortir de leurs anonymats par manque de confiance ; soit par la non perception de l'ampleur du cancer du col dans le monde et particulièrement au Mali malgré la réalisation des séances d'éducation et de sensibilisation. Le refus de venir pour la

population générale pour la prise en charge malgré les appels téléphoniques insistants ne se sont pas présentées et malgré les Counseling et les causeries organisés avant de procéder à la réalisation du test IVA et IVL.

Dans notre étude la moyenne d'âge était de $32,21 \pm 11,2$ ans avec des extrêmes de 16 ans et 68 ans. Cette moyenne est superposable à celle de **Camara M** qui a trouvé $35,71 \pm 12,399$ ans [24] et **Antoine Jaquet** [39] qui a trouvé 36 ans et par contre inférieure à celle de **Traoré O.D** en 2015 au MALI qui a trouvé 41 ans [31].

Dans notre étude les lésions précancéreuses du col utérin ont prédominé chez les femmes n'ayant pas des partenaires polygames avec 80% des cas 20% de veuve. Notre résultat est différent de celui de **Traoré O.D** qui avait trouvé une prédominance chez les femmes d'un régime polygame à 46,8% [31] et comparable à celui de **Fané S et al** [36] qui avait retrouvé 37.5% dans un régime monogamique contre 25% pour les polygames et 25.1% de célibataire et 12.5% de veuve. . De ce fait la polygamie n'est pas considérée comme un facteur de risque directement en cause du cancer du col utérin ; mais avec les rapports sexuels souvent non protégés, elle augmente le risque d'IST.

La prévalence des lésions précancéreuses dans notre étude est de 1.25%. Cette prévalence est inférieure à celui de **Fané.S et al** [36] et al qui ont rapporté une prévalence de 7,4%. Cette prévalence est largement inférieure à celui de **Veldhuijzen et al** [37] qui ont rapporté une prévalence de 72,2% chez les femmes

VIH positives au Rwanda. Ce taux est également inférieur à celui de **Didelot-Rousseau et al** [38] (qui rapportaient en 2006 une prévalence de l'infection à PVH de tous types de 54% chez des femmes Au Burkina Faso et à celui de **Antoine jacquet** [39] qui rapportait 52,8% chez les 254 femmes VIH-positives ayant pu être testées lors d'une étude transversale réalisée à l'Institut Pasteur d'Abidjan et les prélèvements testés au laboratoire de virologie du CHU de Bordeaux.

Dans le protocole de prise en charge de CIN et des lésions de haut grade après traitement un examen moléculaire à la recherche d'ADN d'HPV est systématiquement prescrit. Cependant cet examen a été rarement honoré par les patientes VIH positives qui sont très souvent habituées à la gratuité des soins d'examen complémentaires dans le contexte Malien. Ceci n'a pas permis de tirer tout le bénéfice escompté de ces techniques moléculaires qui permettent une meilleure surveillance de ces CIN1 et une meilleure surveillance post prise en charge des lésions de haut grade.

Au cours de notre étude 3 des 5 femmes qui avaient un test positif avaient un taux de CD4 comprise entre 250 et 350 cellules soit 60% des patientes. Cette étude est similairea celui de Fané.S et al [36]qui avaient rapporté un taux de CD4 initial inférieur ou égale à 499c/mm³ dans75%des cas ; D'autres études ont retrouvé des résultats similaires ;**Delmas et al, [40], Massad et al [41],Schuman et al [42]et Strickler et al, [43]** trouvait que l'incidence des lésions intra épithéliales était plus élevée chez les femmes qui avaient un compte de CD4 plus bas. Selon **Six et al [44], Delmas et col 2000 [40],Schuman et al [42]** il existe une corrélation similaire entre destaux faiblesde CD4 et la progression de lésions cervicales. Ces résultats sont également comparables à celui de **Harris et al [45]** qui ont rapporté que l'incidence des lésions intra épithéliales était plus élevée dans le groupe de femmes VIH+ avec un compte de CD4 inférieur à 500 cellules/mm³ comparées aux femmes avec CD4 supérieur à 500cellules /mm³. En Guyane française, selon **Sobesky. M et al [46]** la prévalence des lésions précancéreuses était de 22 % chez les patientes HIV positive ayantqui avaient un taux de CD4 de plus de 500 c/mm³. Nous n'avons pas trouvé d'étude similaire mais néanmoins nous pouvons affirmer qu'un faible taux de CD4 peut favoriser l'apparition des lésions.

Au cours de notre étude 5 biopsies ont été réalisées. 1 cas de cervicites ont été traités et conseillés d'un nouveau test après un an soit ; les 2 cas de CIN1 et les 2 cas de condylomes ont bénéficié d'un conseling et d'une surveillance. Quant au

Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au chu Gabriel Touré

lésions Ano-génitales les infections vulvovaginale ont prédominé soit 29.47% et ont été traité à base d'antibiothérapies et d'antifongiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION :

Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin demeurent un problème de santé publique au Mali vues leur fréquence et leur âge de survenu. Ces lésions surviennent à des âges plus jeunes. Un des moyens de dépistage demeure les tests visuels IVA-IVL avec des biopsies pour examen anatomo-pathologique. Ces tests visuels IVA-IVL sont des tests simples, peu coûteux, facilement acceptables par la patiente et le résultat est systématique à la fin de l'examen ; permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses du col de l'utérus. La prise en charge des lésions précancéreuses est facile. Mais s'il s'agit du cancer invasif, les difficultés du traitement sont liées au stade clinique et à l'insuffisance du plateau technique.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politico administratives et sanitaires

- Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays.
- Rendre disponible le matériel de dépistage (gaz, Lugol et acide acétique) □
Former le personnel médical et paramédical notamment les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes en dépistage.
- Equiper et doter des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie en matériels et en personnels qualifiés.
- Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.
- Subventionner la prise en charge chirurgicale et de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus.
- Intégrer les données du registre du cancer aux données du système national d'information sanitaire.
- Vacciner systématiquement les filles vierges contre le virus à HPV pris en compte par le CIN1.

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

- Sensibiliser la population sur la pratique du dépistage, du traitement et du suivi correct des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- Contribuer à l'introduction des vaccins anti VPH dans la prévention primaire du cancer du col de l'utérus.

Aux prestataires des services de dépistage

- Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels réguliers et celles vues en consultation gynécologique.
- Veiller à la bonne tenue des supports
- Assurer le plaidoyer auprès des autorités nationales, donateurs, et tous les partenaires pour la mobilisation et l'allocation des ressources dans le cadre de la lutte contre le cancer.
- Mettre en place des protocoles de suivi liant le dépistage, le diagnostic (s'il est utilisé), le traitement et la surveillance des femmes traitées, □
Prendre le contact téléphonique de toutes les patientes dépistées en vue de réduire le fort taux de pertues de vue.
- Mise à évidence des agents de santé sur le dépistage du cancer du col.

Aux femmes

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

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Philippe M, Damienne C.** Cancer du col utérin, pratique en gynécologie obstétrique. Masson 2005 ; 5(10) :87-89.
2. **Traoré C B, Coulibaly B, Kamaté et al.** Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 ; données du registre des cancers. Rev. Afr. de pathol. 2012 ; 11(1) : 3-8 .
3. **Chirenje Z M, Chipato T, Kasule J et al.** Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening : results of a pilot study. Central African journal of Médecine ; 1999 ; 2 (45) ; 30-33.
4. **CIRC** : Centre International de Recherche sur Cancer, Manuel d'enseignement VIAVIL. 13. N°41, Lyon 2003 .
5. **Parkin D M, Whelan S L, Ferlay J, Teppo D B.** Cancer Incidence in 5 continents vol. VIII. LARC Scientific Publications, 2002 ; 155 :87-101.
6. **Sankaranarayanan R, Ramani M D S, Wesley, MD.** Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France .
7. **Adjahoto I O, Komongui D G, et Perrin R X.** Etude de faisabilité du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique puis au lugol, à propos de 565 femmes dépistées à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. Thèse de Médecine 2003.
8. **Téguété I.** Prise en charge des néoplasies intra épithéliales du col (CIN). A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Mémoire de fin de stage de Gynécologie et Obstétrique ; Cotonou 2002 P10.
9. **Bayo S, Parkin. D.M, Koumaré A K et al.** Cancer in Mali, 1987-1988 int .J.cancer, 45, 679,684.1996:76.
10. **Hatch KD, Hacker N F.** Intra epithelial disease of the cervix; vagina; and vulva. IN Berek JS ;Adashi EY ; Hillard PA. Novok's Gynecology 12 th ed; Copyright 1996; Williams & Wilkins. Baltimore-Maryland. Pp447486.

- 11. Hatch KD, Handbook of Colposcopy.** Diagnosis and Treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston : Little, Brown and Co. 1989 : 7-19.
- 12. Lansac J et Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien ; 4eme édition, Paris Mars 1994 : 81-99.
- 13. Pund E R, Nieburgs H, Nettles JB, Caldwell J D.** Preinvasive carcinoma of the cervix uteri : seven cases in which it was detected by examination of routine endocervical smears. Arch pathol Lab Med 1947 ; 44:571-7.
- 14. Koss L G, Stewart F W, Foote F W et al.** Some histological aspects of behaviors of epidermoid carcinoma in situ and related lesions of the uterine cervix. Cancer 1963 ; 16 :160-211.
- 15. Narducci F, Ocelli F, Vinatier D, Leroy J L.** Positive Margins after Conization and Risk of persistent lesion. Gynecologic Oncology 2000 ; 76 : 311- 314 .
- 16. Oster A G.** Natural history of cervical intraepithelial neoplasia, a critical review. Int J. Gynecol. Pathol 1993 ; 12 (2) 186-192.
- 17. ANAES.** Conduite à tenir thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin dépistée au cours d'un frottis du col de l'utérus. ANAES/Service des Recommandations professionnelles/Septembre 1998, p29-60.
- 18. Merger R, Jean Levy, Jean Melchior et Nelly Bernard.** Précis d'obstétrique 6eme édition Masson, Paris, 2001 : 402-403.
- 19. Ouattara M.** Association cancer du col de l'utérus et infection par le virus de l'immunodéficience humaine dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas. Thèse de Méd. ; Bamako 05-M-140.
- 20. Konaté A.** Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au CHU Gabriel Touré et au CS Réf DES C IV ET V, du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako 13- M57, 2013.

- 21. OMS** : le cancer de col de l'utérus dans la région africaine de l'OMS : situation actuelle et perspectives. **Comité régional de l'Afrique** ; soixantième session : Malabo, Guinée équatoriale, 30 août-3 septembre 2010.
- 22. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM.** incidence and mortality of cervical cancer in latin America. *Salud Publica Mex* 45(Suppl3):S306314.
- 23. Franceschi S, Jaffe H(2007).** Cervical cancer screening of women living with HIV: a must in the post-ART era. *Clin Infect Dis* 2007 45:510-513
- 24. Oren J, Otieno MW, Remick SC.** AIDS-associated cancer in developing nations. *Curr Opin Oncol* 2004 16:468-476.
- 25. Palefsky JM (2003).** Cervical human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in women positive for human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Oncol* 2003 15:382-388.
- 26. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S.** Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007 370:890-907.
- 27. Solomon D, Schiffman M, Tarone R.** comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2001 93:5293-299
- 28. UNAIDS (2010) AIDS epidemic update 2009.** Joint United Nation Programme on HIV/AIDS. Acces date November 06 2010.
- 29. Wright TC Jr, Ellerbrock TV, Chiasson MA, Van Devanter N, Sun XW.** Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus: prevalence, risk factors, and validity of Papanicolaou smears. *New York Cervical Disease Study. ObstetGynecol* 1994 84:591-597.
- 30. Clifford GM, Polesel J, Rickenbach M, Dal Maso L, Keiser O, Kofler A, et al.** Cancer risk in the Swiss HIV Cohort Study: associations with

immunodeficiency, smoking, and highly active antiretroviral therapy. *J Natl Cancer Inst* 2005 97:425-43.

- 31. Traoré O D.** Dépistage des lésions pré cancéreuse et cancéreuse du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle, leur traitement et leur suivi au centre hospitalier universitaire GT. Thèse de Méd. Bamako 09-M-515.
- 32. Banza K, Kizonde J, Unga M, et al.** Cancer du col de l'utérus : Problématique de la prise en charge. A propos de 40 cas observés à l'hôpital de Lumumnashi. *Lub méd* 1999 ; 2.
- 33. Dargent D, Kaouakou F, Cholmier M, al.** Cancer du col chez la femme de moins de 35 ans et moins : une nouvelle maladie ? *RevfrGynécolObstét* 1991 ; 86 : 635-638.
- 34. Abboud J, Attieh E, Germanos A.** Cancer invasif du col utérin. Traitement adapté en fonction des moyens thérapeutiques disponibles. *J Gynecolobstet Biol Reprod* 1992 ; 21 :19-22.
- 35. N'guessan K, Kouakou F, Loué V et al.** Le cancer du col de l'utérus : Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain. *Mal.méd.*2009 ; 24(3) :28.
- 36. Fané S, Bocoum A, Sylla C, Traoré Soumana O, Kanté I, Traoré S, Tegueté I, Traoré Y, Mounkoro N.** Le Cancer du Col chez les Femmes Séropositives au VIH au CHU Gabriel Toure de Bamako: Prévalence et Évaluation du Niveau des Connaissances *HealthSci. Dis: Vol 23 (05) May 2022 pp 132-136*
- 37. Veldhuijzen NJ , Sarah LB, Josep V, Chantal I, Justin N, Evelyne K, CT, Ferdinand WW, Aline U, Mireille U, Tania C, and Janneke HHMW,** The epidemiology of human papillomavirus infection in HIVpositive and HIV-negative high-risk women in Kigali, Rwanda, Published online 2011 Dec 2. doi: 10.1186/1471-2334-11-333, PMID: 22136570
- 38. Didelot-Rousseau MN, Nagot N, Costes-Martineau V, X Valle`s, A Ouedraogo, I Konate, HA Weiss, P Van de Perre, P Mayaud and M**

- Segondy**, for the Yerelon Study Group Human papillomavirus genotype distribution and cervical squamous intraepithelial lesions among high-risk women with and without HIV-1 infection in Burkina Faso, *British Journal of Cancer* (2006) 95, 355 – 362 & 2006 Cancer Research UK All rights reserved 0007 – 0920/06 \$30.00 www.bjcancer.com
- 39. Jacquet A.** Cancers du col de l'utérus et infection à VIH en Afrique de l'Ouest, *Epidémiologie descriptive, déterminants et dépistage*, thèse numéro 1979 pour le doctorat de l'université Bordeaux 2, [Http://www.infectagentscancer.com/content/5/S1/A10](http://www.infectagentscancer.com/content/5/S1/A10), 2012
- 40. Delmas MC, Larsen C, van Benthem B, Hamers FF, Bergeron C, Poveda JD, et al.**(2000). Cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women: prevalence, incidence and regression. European Study Group on Natural History of HIV Infection in Women. *AIDS* 14:1775– 1784.
- 41. Massad L S , Ahdieh L, Benning L, Minkoff H, Greenblatt RM, Watts H, et al.**(2001). Evolution of cervical abnormalities among women with HIV-1: evidence from surveillance cytology in the women's interagency HIV study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 27:432–442.
- 42. Schuman P, Ohmit SE, Klein RS, Duerr A, Cu-Uvin S, Jamieson DJ, et al.**(2003). Longitudinal study of cervical squamous intraepithelial lesions in human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive and at-risk HIV-seronegative women. *J Infect Dis* 188 :128–136.
- 43. Strickler HD, Burk RD, Fazzari M, Anastos K, Minkoff H, et al.** (2005) Natural history and possible reactivation of human papillomavirus in human immunodeficiency virus positive women. *J Natl Cancer Inst* 97: 577–586
- 44. Six C, Heard I, Bergeron C, Orth G, Poveda JD, Zagury P, et al.**(1998). Comparative prevalence, incidence and short-term prognosis of cervical squamous intraepithelial lesions amongst HIV-positive and HIV negative women. *AIDS* 12:1047–1056.

45. **Harris TG, Burk RD, Palefsky JM, Massad LS, Bang JY, Anastos K, et al.** (2005). Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions associated with HIV serostatus, CD4 cell counts, and human papillomavirus test results. *J Am Med Assoc* 293:1471–1476.
46. **Sobesky.M et al** International Collaboration on HIV and Cancer (2000). Highly active antiretroviral therapy and incidence of cancer in human immunodeficiency virus-infected adults. *J Natl Cancer Inst*92:1823–1830.
47. **Sissoko M.** lésions précancéreuses du col de l'uterus : prevalence et facteur influencant la survenue chez les femmes VIH positives suivies au CESAC de bamako. Mémoire Med 2012.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'Enquête : N°.....

Thème : Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au CHU Gabriel Touré.

Age.....ans

Ethnie :

Niveau d'étude:.....

Profession :.....

Statut Matrimonial :.....

Adresse :.....

Téléphone :

1.Type de visite :

- Orientée
- Elle même

2. ()

3. Taux de CD4 :.....

4. Charge virale du VIH :.....

5. Traitement ARV :.....

6. Utilisation d'une méthode de contraception :(1 : Oui, 2 : Non) ()

7. Nombre de grossesses :.....

8. Partenaire polygame ? (1 : Oui, 2 : Non, 3 : Ne sait pas) ()

9. . Résultat d'IVA/IVL :(0 : Non effectué, 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 :) ()

10. Prise de biopsie : (1 : Oui, 2 : Non) ()

11. Diagnostic histologique: (0 : Non disponible 1 : Normal, 2 : Inflammation/cervicite 3, 4: CIN 1/infection à VPH, 5: CIN 2, 6: CIN 3, 7: Cancer invasif, 8: Adénocarcinome invasif, 9: Non concluant) ()

12. . Action effectuée : (1: Rassuré et conseil d'un nouveau test après 1an, 2 : Cryothérapie, 3: Orienté) ()

13. Lésions associées : (1 vaginite ; 2 endometrite ; 3 pelvipéritonite ; 4 lésionsanales) : ()

Fiche Signalétique

Prénom et Nom : MAMOU HAMED DIALLO

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au CHU Gabriel Touré.

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
Secteur d'intérêt : Anatomie pathologie, gynécologie et santé publique
Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale qui s'est déroulée au CHU Gabriel Touré de Février 2022 à Janvier 2023 dont l'objectif était d'évaluer de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus chez les patientes immunodéprimées au VIH au CHU Gabriel Touré. L'étude a porté sur les données de 319 femmes dépistées pour le cancer du col au CHU Gabriel Touré.

Les résultats obtenus sont les suivants : La tranche d'âge la plus représentée était de 31-45 ans. L'âge moyen était de 32,21+- 11,2 ans avec des extrêmes de 16 et 68 ans. La positivité de l'IVA/IVL était de 1,57 %. Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus étaient respectivement de 1.57. Un traitement et conseil d'un nouveau test après une année a été le plus souvent l'alternative thérapeutique. Compte tenu de la facilité de la pratique de dépistage par les méthodes d'inspection visuelle, des efforts restent à faire pour la vulgarisation des campagnes de dépistage dans tout le pays.

Mots clés : Col, lésions précancéreuses et cancéreuses, IVA-IVL, VIH.

Identification sheet

Last name: DIALLO **First name:** Mamou Hamed

Tel: 75828639 **Email:** diallomamouhamed@gmail.com

Nationality: Malian

Thesis title: screening for precancerous and cancerous lesion on the cervix in HIV-positive women at the university hospital Gabriel Touré

Academic Year: 2023-2024

City of defence: Bamako

Country of origin: Mali

Depository: Library of the faculty of Medicine and Odontostomatology of Mali (FMOS)

Focus area : Anatomy pathology, gynecology and public health

Summary:

This is a prospective, descriptive and cross-sectional study which took place at the Gabriel Touré University Hospital from February 2002 to January 2023, the objective of which was to evaluate screening for precancerous and cancerous lesion on the cervix in HIV-positive women at the university hospital Gabriel Touré. The study focused on data from 319 women screened for cervical cancer at CHU Gabriel Touré.

The results obtained are as follows: the most represented age group 31-45 years old. The average age was 32.21 +/- 11.2 years with extremes of 16 and 68 years. The positivity of IVA/IVL was 1.57%. precancerous and cancerous lesions of the cervix were 1.57% respectively. Treatment and advice for a new test after a year was most often the therapeutic alternative. Given the ease of practicing screening using visual inspection methods, efforts remain to be made to popularize screening campaigns throughout the country.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le jure !