

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

SCIENTIFIQUE(MESRS) **UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

U.S.T.B
UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N °0191/M

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE

**PRINCIPALES LEÇONS DE CAMPAGNES
DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS
AU MALI**

THÈSE :

Présentée et soutenue publiquement le 08 /11 /2016 devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par :

M. Sidy TRAORE

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

JURY :

Président : Pr Cheick B. TRAORE

Membre: Pr Bakarou KAMATE

Co-Directeur: Dr Abdoulaye SISSOKO

Directeur: Pr Ibrahima TEGUETE

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 de l'utérus [1].

Les deux formes de cancer les plus fréquentes sont : le carcinome épidermoïde ou squameux le plus fréquent, et l'adénocarcinome plus rare [2].

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

Selon certains auteurs, 466.000 nouveaux cas sont répertoriés chaque année dans le monde ; dont 3/4 vivent dans les pays en développement [5].

C'est le cancer le plus répandu parmi la population féminine de ces pays où, il représente la première cause de mortalité chez les femmes d'une cinquantaine d'années et, la 2^{ème} cause (après la mortalité maternelle) chez la jeune femme et la multipare [6,32].

Selon les données du registre des cancers du Mali, le cancer du col vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour cent mille habitants [7,8].

Dans nos pays, près de la moitié des cancers du col ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [09]. Ce qui est regrettable pour un organe aussi accessible à l'exploration, et au traitement.

L'histoire naturelle du cancer du col, et l'accès « facile » du col rendent le dépistage de cette affection facile. En effet, il existe des lésions précurseur qui évoluent pendant 10 à 15 ans, avant de donner le cancer. Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications : dysplasies, néoplasies intra épithéliales (CIN), lésions précancéreuses de bas et de haut grade.

En effet, dès

ledébutdesannées80,desétudesrapportaientquelasimpleobservationducol
auspéculum etsurtout,l'applicationdel'acideacétiqueetdulugolsurlecol,
permettaientde dépisterdeslésionsprécancéreusesetcancéreusesopérablesdu
col,avecunesensibilitécomparable, sinonmeilleure à celle dufrottis[10].

AuMali,le dépistageparlaméthodevisuellea démarréen2001et,apermis
d'avoirunéchantonstatistiquementreprésentatif delapopulationétudiée [11].

Ces chiffres trop élevés, sont le témoignage direct et indiscutable du faible taux de
dépistage et de l'inadéquation de répartition de la surveillance du dépistage du
cancer du col au sein de la population féminine au Mali. Le facteur de risque
essentiel pour la survenue d'un cancer du col est représenté par l'absence de suivi
gynécologique.

De ce fait, un programme de dépistage de masse a été organisé dans trois localités
du pays, l'objectif prioritaire étant d'amener au dépistage une population féminine
habituellement peu ou pas suivie. Le deuxième objectif était de favoriser la
participation des acteurs de terrain, médicaux et non médicaux, en les associant à
tous les stades de la campagne. Dans le contexte actuel du programme de
généralisation du dépistage du cancer du col utérin [12], l'analyse de cette
expérience permet d'isoler des points forts et des points faibles et, modestement,
d'en tirer quelques leçons pour l'avenir.

C'estainsiquenous avonsentrepriscetravailafindefaireunbilandesactivités de
campagnes de dépistage dans notre pays. Ce qui nous a permis de fixer des
objectifs comme suite :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier l'impact des campagnes de dépistage de masse du cancer du col de l'utérus au Mali par la méthode IVA/IVL.

Objectifs spécifiques

- Evaluer les facteurs influençant le recrutement des femmes lors des campagnes de dépistage,
- Evaluer l'affluence lors des campagnes de dépistage masse,
- Déterminer le profil sociodémographique des femmes dépistées,
- Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus,
- Tirer les leçons de ces campagnes de dépistage de masse.

I GENERALITES

1. Situation du cancer du col de l'utérus dans les pays en voie de développement

1.1. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus :

A l'échelle mondiale le cancer du col de l'utérus est, en terme de fréquence, le deuxième cancer touchant les femmes. Il représente 15% de tous les cancers chez la femme avec environ 450'000 nouveaux cas par an (Ferlay, 1998; Parkin, 1999). Si les cas non diagnostiqués étaient aussi répertoriés, l'OMS estime que ce chiffre serait deux fois plus élevé (WHO, 1996). Il s'agit d'une maladie progressive débutant par des lésions de gravité histologique variable, allant de la dysplasie légère au carcinome in situ. Ces lésions peuvent évoluer vers le cancer infiltrant à la suite d'un processus de longue durée. L'âge moyen de sa découverte est de 55 ans (Michel, 1996). Le cancer épidermoïde du col de l'utérus et ses précurseurs sont considérés comme une maladie sexuellement transmissible. Des études épidémiologiques récentes (Schiffman, 1995; Bosch, 1995) ont en effet montré une relation étroite entre l'infection à papillomavirus humain (HPV), notamment l'HPV 16 et 18, les néoplasies intra-épithéliales et le cancer invasif. Il existe plusieurs facteurs de risque : l'âge précoce lors du premier rapport, un grand nombre de partenaires, un bas niveau socio-économique. D'autres facteurs sont évoqués comme la cigarette et l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux (Pereira, 1998).

La majorité des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus, à savoir 80% d'entre elles, vivent dans les pays en voie de développement (Parkin, 1999). Dans la plupart de ces pays, notamment en Afrique Sub-Saharienne et centrale, en Amérique du Sud, en Asie du Sud-Est et en Mélanésie (Parkin, 1999), le cancer du col de l'utérus est la cause la plus fréquente de cancer chez la femme.

Dans les autres pays en développement, le cancer du col de l'utérus a cédé sa place de première cause de cancer chez la femme au cancer du sein. L'Asie du Sud-Est contribue à 30% du nombre de nouveaux cas par année. L'Inde enregistre, à elle seule, environ 90'000 nouveaux cas par année, soit 16 % du total mondial. Chez la femme indienne, le cancer du col représente 50% des cancers, seul 5% d'entre eux sont découverts à un stade précoce. En Afrique, le nombre de nouveaux cas par année est de 37'000 (Miller, 1992). Au Cameroun, son incidence est estimée à 40/100'000 femmes âgées de plus de 20 ans (Mbakop, 1997). Dans les pays industrialisés, l'incidence du cancer du col de l'utérus est par contre très basse et diminue depuis plus de trente ans en raison de l'introduction de programmes de dépistage (Hakama, 1985). Les incidences les plus basses sont retrouvées aux USA, en Australie, en Europe de l'Ouest, en Israël et au Koweït. L'incidence mondiale la plus basse (3/100'000) a été enregistrée chez les femmes non juives d'Israël (Parkin, 1990). En Europe, il représente 3.8% des cancers chez la femme et en Suisse on dénombre 400 nouveaux cas par année (Ligue Suisse contre le cancer, 1998).

En terme de décès, plus de 300'000 par an sont causés par le cancer du col de l'utérus (Ferlay, 1998; Parkin, 1999). Dans les pays en voie de développement, le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de décès par cancer chez la femme alors que ce nombre a marqué une chute spectaculaire dans les pays développés grâce aux programmes de dépistage cytologique. En Suisse, depuis l'introduction du frottis cervicovaginal il y a plus de 30 ans, la mortalité liée au cancer du col a diminué ; plus de 100 décès sont encore attribués annuellement à ces néoplasies dont les deux tiers touchent des femmes âgées de 65 ans ou plus. A Genève, on note une diminution de la mortalité par cancer du col utérin de plus de 50% durant ces dernières décennies.

Le cancer du col de l'utérus peut faire l'objet d'une prévention grâce au dépistage et peut être soigné, surtout s'il est détecté à un stade précoce.

Aux USA, 50% des cancers apparaissent chez des femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un frottis de dépistage et plus de 60% apparaissent chez des femmes dont le dernier frottis cytologique date de plus de 5 ans (Wright, 2000). Dans les pays développés, 80% des cas détectés sont guéris grâce à sa découverte précoce. Dans les pays en voie de développement 80% des cancers du col sont incurables au moment de leur détection puisque celle-ci est trop tardive. En effet les femmes se présentent avec une tumeur symptomatique, à un stade avancé (le plus souvent un stade III et IV) ; stade où le taux de survie à 5 ans n'est que de 20% (Luthra, 1995). Par ailleurs, ces pays ne disposent que de 5% des ressources globales pour le contrôle du cancer en général.

Le cancer du col représente un véritable problème de santé dans les pays en voie de développement : première cause de cancer chez la femme, avec 80% des cas jugés incurables, et deuxième cause de décès par cancer.

1.2. Etendue du dépistage du cancer du col dans certains pays en voie de développement

Dans de nombreux pays en voie de développement, le dépistage du cancer du col de l'utérus est inexistant ou au mieux sporadique (WHO, 1986). Les campagnes de dépistage du cancer du col ont le plus souvent lieu dans les grandes villes ou dans le secteur privé. Certains pays se limitent à offrir un frottis cervical chez les femmes qui se rendent dans les centres de santé primaire, les cliniques prénatales ou au planning familial. Lorsque des services de dépistage existent, ils sont souvent désorganisés. En règle générale, aucun effort n'est réalisé pour s'assurer que les femmes présentant des facteurs de risque soient dépistées, traitées et suivies. Contrairement aux pays développés, l'incidence et la mortalité liée au cancer du col de l'utérus n'ont pas diminué. Une brève revue de la situation en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus de certains pays en

développement est présentée ci-dessous. Elle permet de mieux cerner le côté pratique de la prévention dans ces pays.

En Asie, le risque de développer un cancer du col diminue de 15 à 30% chaque 5 ans. Cette baisse est attribuée aux programmes de dépistage cytologique initiés dans les années 70. En Chine, les premières campagnes ont débuté en 1957 à Pékin et se sont étendues ensuite à Shanghai, Tianjin et enfin dans le reste du pays. Les campagnes étaient organisées sur une base annuelle, bisannuelle ou trisannuelle et seize millions de femmes ont été dépistées entre 1970 et 1985 (WHO, 1985). L'incidence du cancer du col a ainsi fortement diminué dans tous les groupes d'âge concernés par le dépistage. A Shanghai son incidence a baissé de plus de 80% durant les deux dernières décennies (Sankaranarayanan, 1998). L'incidence ajustée à l'âge est ainsi passée de 23, 1/100'000 en 1975 à 3,3/100'000 durant la période de 1988 à 1992. La mortalité liée au cancer du col a diminué également de 50% dans la province de Henan de 1975 à 1985 (Coleman, 1993). A Taiwan, cependant, une campagne de dépistage de masse organisée par la Société du cancer a eu lieu à travers 700 cliniques de gynécologie dans tout le pays entre 1974 et 1984. Elle n'a malheureusement couvert que 5.3% de la population féminine éligible (Chou, 1989).

En Inde, la population est essentiellement rurale, de classe socio-économique basse. Les femmes sont peu informées sur la santé en général. Sur 900 millions de personnes, 700 millions ne peuvent bénéficier de soins médicaux alors qu'il s'agit d'une population à risque (WHO, 1996). L'accès au dépistage du cancer du col est réduit aux grands centres urbains qui ont les moyens de diagnostiquer et de traiter ce cancer. Il n'existe pas de programmes de dépistage organisés (Sankaranarayanan, 2001). Les campagnes de dépistage sont de courte durée. Il a été estimé, en 1986, que seulement 25% des femmes indiennes pourraient bénéficier d'un dépistage dans les années 2000 si l'on multipliait par douze le nombre de techniciens qualifiés (WHO, 1986). De plus, la sensibilité du dépistage

cytologique est faible en raison d'une prévalence élevée de cervicite (WHO, 1996). D'autres moyens de dépistage ont été et sont donc évalués en Inde.

A Barshi, un district rural où la majorité de la population est illettrée (taux d'alphabétisation des femmes de 25%), les travailleurs de santé ont informé la population sur les symptômes de la maladie.

Ceci a permis d'augmenter de 37% (en 1988) à 55% (en 1992) la proportion des cancers du col dépistés au stade I (Jayant, 1995). Cette augmentation n'a pas été observée dans les régions contrôles n'ayant pas bénéficié de ces campagnes d'information. Au Kerala, les données hospitalières ont montré que la proportion des cancers du col au stade I et II était passée de 15% en 1979 à 45% en 1989. Cette augmentation a été attribuée à l'éducation prodiguée sur la santé, éducation facilitée par un taux d'alphabétisation élevé des femmes dans cet état (90% environ) (Miller, 1992). En Inde, la recherche dans le domaine du cancer du col est très active. A titre d'exemple, Sankaranarayanan a étudié la cervicoscopie (ou inspection visuelle du col après application d'acide acétique) comme moyen de détection des cancers du col et de ses précurseurs. Trois mille femmes ont été examinées par frottis conventionnels et par application d'acide acétique (cervicoscopie) durant les années 1996-1997. Les résultats ont montré que la performance de la cervicoscopie et de la cytologie conventionnelle dans la détection des dysplasies modérées à sévères étaient similaires. Les auteurs concluent que la cervicoscopie apparaît comme une alternative à la cytologie pour les pays à faibles ressources, puisqu'il s'agit d'une technologie simple et bon marché (Sankaranarayanan, 1998). Actuellement, 3 grandes études sont en cours en Inde (Sankaranarayanan, 2001). Leur but est d'évaluer l'efficacité de l'inspection visuelle du col après application d'acide acétique dans la réduction de l'incidence et de la mortalité du cancer du col.

En Indonésie, seuls les hôpitaux rattachés à l'Université disposent des moyens thérapeutiques et diagnostiques pour le cancer du col de l'utérus. Le dépistage a

lieu dans le cadre du planning familial. Plus de la moitié des femmes (55%) participant au dépistage ont moins de 30 ans, groupe d'âge dans lequel ne survient que 7% des cancers du col (WHO, 1986).

Au Vietnam, le cancer du col de l'utérus se place en 3^{ème} position dans la liste des cancers chez la femme. Ces données sont celles de la ville de Hanoi, d'où proviennent les seuls renseignements disponibles sur le cancer dans ce pays.

Le cancer du sein est trois fois plus fréquent que le cancer du col de l'utérus. Dans une étude menée par Boon dans une région rurale du Vietnam, région n'ayant jamais bénéficié d'une campagne de dépistage, seul 2 femmes ont présenté des lésions dysplasiques de haut grade sur 700 dépistées. Aucun cas de cancer n'a été détecté.

Les auteurs concluent que le dépistage du cancer du col ne doit pas être une priorité pour ces régions rurales du Vietnam (Boon, 1999).

En Amérique latine une proportion significative des femmes à haut risque de cancer du col de l'utérus vit en milieu rural où il est difficile d'effectuer des examens cytologiques.

Seul une minorité de pays ont un programme de dépistage. Un effort a en effet été réalisé depuis les années 70 pour organiser des programmes de dépistage nationaux ou régionaux en Amérique latine. Au Brésil, 75% des cancers du col sont diagnostiqués lorsqu'ils sont invasifs (WHO, 1986). Les données sur la mortalité et la morbidité liées au cancer du col varient entre les régions en raison d'un enregistrement insuffisant des cas. Selon les informations officielles disponibles, le cancer du col se place au premier rang des cancers avec 23% du total. Le cancer du sein représente quant à lui 15% de tous les cancers diagnostiqués. La prévention est médiocre car les programmes ne couvrent que 2% de la population (WHO, 1986). Le ministère de la santé recommande aux femmes âgées de 25 ans ou plus et sexuellement actives d'effectuer un frottis conventionnel une fois par an puis une fois chaque 3 ans après deux frottis normaux. Malgré ces

recommandations fédérales, les programmes de prévention varient beaucoup à l'intérieur du pays (Naud, 1997). A Sao Paulo, le dépistage cytologique a été introduit dans les années 70 et les quinze années suivantes 981'000 femmes ont été examinées sans que l'on ait observé de déclin de l'incidence du cancer du col (Sankaranarayanan, 1997).

A Cuba, un programme de dépistage a été mis sur pied en 1968. Il proposait aux femmes âgées de 20 ans et plus d'effectuer un frottis tous les 2 ans (Sankaranarayanan, 1998).

Plus de 80% des femmes entre 20 et 60 ans ont bénéficié d'un frottis au moins une fois. Cependant, 73.8% des femmes âgées de 20 à 25 ans ont été dépistées alors que selon les meilleures estimations, le pourcentage de femmes de plus de 35 ans ayant été dépistées est inférieur à 10%. Par conséquent, aucune baisse de l'incidence et de la mortalité n'a été observée dans les trois dernières décennies à Cuba (Coleman, 1993 ; Fernandez Garrote, 1996 ; Sankaranarayanan, 1997). De plus, moins de 30% des femmes ayant un frottis positif ont été traitées. L'incidence du cancer du col reste élevée (20/100'000 en 1986) et une tendance à une augmentation de l'incidence chez les jeunes femmes est observée (Sankaranarayanan, 1998). Par contre, la proportion des cancers du col au stade I a augmenté passant de 26% en 1982 à 50 % en 1988 avec une baisse proportionnelle des cas au stade II et III, reflétant probablement une sensibilisation des femmes par les campagnes de dépistage, les amenant à consulter plus tôt. Depuis 1997, le programme de dépistage se concentre sur les femmes âgées de 35 ans et plus, et l'intervalle du dépistage a été augmenté à 3 ans (Sankaranarayanan, 1998).

Au Pérou, il n'existe pas de programme de dépistage du cancer du col de l'utérus (Sankaranarayanan, 2001). Castellano a montré que 70% des femmes ayant eu un frottis anormal n'ont jamais bénéficié d'un traitement définitif (Castellano, 1981). Ces femmes ont été perdues de vue en raison de la longue attente séparant la réalisation du frottis et l'annonce du diagnostic. Dans la plupart des régions

d'Amérique latine il faut au moins 3 visites entre la réalisation du frottis et le traitement (Santos, 1996). Le bilan qui s'en suit est sévère puisque à Lima, 86.9% des femmes présentant un cancer du col sont à un stade II et III (41.9% et 45% respectivement), 7.7% au stade I et 5.4% au stade IV.

Au Costa-Rica, des services nationaux de dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus sont disponibles depuis 1970 pour les femmes de 15 ans et plus (Sankaranarayanan, 2001).

Pour les encourager à faire un frottis de dépistage, les services nationaux ont réalisé des communiqués de masse et lors de chaque examen gynécologique, un frottis est effectué. Annuellement, 250'000 frottis sont réalisés. Toutefois, peu de femmes de 55 ans et plus bénéficient du dépistage. En effet ces femmes ne fréquentent pas les centres de planning familial et de consultation prénatale. Par ailleurs, l'incidence du cancer du col est deux fois plus élevée dans les régions rurales, de faible niveau socio-économique, situées sur la côte par rapport aux régions urbanisées du centre du pays. Une étude a été effectuée, entre 1990 et 1994, dans la Province de Guanacaste où vivent des femmes à haut risque de développer un cancer du col de l'utérus. 10'700 femmes entre 20 et 50 ans (moyenne d'âge 37 ans) ont été dépistées. 0.1% d'entre elles sont porteuses d'un cancer invasif, survenant à un âge moyen de 34 ans. Les dysplasies de haut grade se retrouvent chez 1.5% de ces femmes avec un âge d'apparition des lésions entre 25 et 34 ans, ainsi qu'après 56 ans. Les lésions de bas grade ont été retrouvées chez 2.2% des femmes dépistées et apparaissent à un âge moyen de 20 ans. 12% des femmes saines de moins de 25 ans sont porteuses de HPV contre 3% à 40 ans et 7% à plus de 60 ans. Environ 90 % de ces patientes ont bénéficié d'un frottis conventionnel auparavant dont 41% dans l'année qui précède et 70% dans les 3 ans. Les femmes porteuses de lésions cancéreuses ou de haut grade ont été dépistées avec une fréquence identique aux autres: 70% des patientes porteuses d'un cancer ou d'une lésion de haut grade ont bénéficié d'un frottis de dépistage dans les 3 années précédentes. Ceci est très inquiétant et suggère que le système

traditionnel mis en place dans cette province depuis 20 ans n'a pas permis de réduire l'incidence du cancer du col malgré une participation élevée des femmes (93.6%). Le succès ne réside donc pas seulement dans le fait d'offrir un service à une population, par ailleurs très compliant.

Une réorganisation du système avec centralisation des activités et des contrôles de qualité a donc été proposée (Herrero, 1997).

En Afrique, le cancer du col de l'utérus est un problème de santé majeur en raison de sa forte prévalence.

C'est le cancer le plus fréquent et la cause principale de décès lié au cancer chez la femme. En Afrique sub-saharienne, il n'existe pas de campagnes organisées de dépistage du cancer du col de l'utérus (Sankaranarayanan, 2001). Au Zimbabwe, ce cancer est le plus fréquent, et il n'existe pas de programme de dépistage systématique. L'incidence des lésions précancéreuses demeure totalement inconnue. Des dépistages sélectifs ou opportunistes ont été réalisés depuis la fin des années 80 dans les cliniques prénatales, de planning familial et dans des hôpitaux de district ou privés. Une étude a été réalisée, comprenant 10'000 femmes ayant bénéficié d'un frottis conventionnel et du dépistage visuel à l'aide d'acide acétique (cervicoscopie). Le but était d'étudier la spécificité et la sensibilité de ce dernier examen et d'en comparer la qualité avec le frottis conventionnel, méthode habituellement utilisée au Zimbabwe. L'étude a été réalisée sur deux ans de 1995 à 1997 et a montré que la cervicoscopie est plus sensible (76%) mais moins spécifique (64%) que la cytologie conventionnelle dont la sensibilité a été estimée à 44% et la spécificité à 90%. Toutefois les auteurs concluent que cette méthode peut être utilisée dans les pays à faible ressource où le dépistage cytologique définitif à grande échelle ne peut avoir lieu. Elle peut être une méthode intéressante financièrement permettant de différencier rapidement un col sain d'un col potentiellement cancéreux. Cependant sa spécificité doit être améliorée pour

diminuer le nombre de faux-positif et donc les coûts et les traitements inutiles (University of Zimbabwe, 1999).

En Afrique du Sud, le dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus a lieu sur demande dans les cliniques prénatales, postnatales ou dans les services de planning familial (Fonn, 1994). Ce cancer reste le plus fréquent chez les femmes et concerne surtout les femmes noires. Chez elles, il représente 32.7% des cancers.

On estime que 4.7% des femmes sud-africaines développeront un cancer du col de l'utérus dans leur vie (South African National Cancer Registry Annual Report, 1989). La plupart des patientes se présentent avec un cancer avancé (Gordon, 1987). Dans l'étude réalisée par Mégevand en 1993, 75% des 118 patientes présentant un cancer du col étaient au stade IIB, III et IV. Même en présence d'un service de dépistage, le suivi des patientes est inadéquat: 60% à 80% des femmes présentant des anomalies cytologiques sur le frottis n'ont pas de suivi. La population est en effet très mobile et peu éduquée (Mégevand, 1996). Par ailleurs, une étude réalisée par Abrahams publiée en 1997 avait pour but de comprendre les barrières à l'utilisation des programmes de dépistage par les travailleurs de santé et les femmes elles-mêmes (Abrahams, 1997). Les travailleurs de santé ont mis l'accent sur les problèmes d'organisation: cliniques surchargées, difficulté d'accès au centre par manque de transport. Ils ont même constaté une opposition de la part des maris. Les femmes par contre se sont montrées plus influencées par les informations qu'elles ont reçues de leur entourage. D'autres part dans certaine région d'Afrique du Sud, la sensibilité du frottis de dépistage est basse. D'autres moyens de dépistage ont été évalué ou sont en cours d'évaluation : la cervicoscopie, la spéculoscopie et la détection de l'ADN du papillomavirus (HPV). Plusieurs études ont montré que la plupart de ces approches avaient une sensibilité proche de celle de la cytologie (Miller, 2000). Récemment un programme de dépistage national du cancer du col a été introduit en Afrique du Sud et a pour but d'effectuer 3 fois dans la vie d'une femme, à partir de 30 ans, un frottis de dépistage (Miller 2000).

De nombreux pays en voie de développement ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans la plupart d'entre eux, l'incidence et la mortalité de ce cancer n'ont cependant pas diminué. Une problématique spécifique à ces pays existe bel et bien.

1.3 Problématique dans les pays en voie de développement

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays en voie de développement avec une incidence plus de 6 fois supérieure à celle des pays développés. Il prend des proportions épidémiques. Dans les pays en voie de développement, 80% des cas de cancer du col ne sont pas détectés ou sont déjà incurables au moment de leur détection.

Les campagnes de dépistage du cancer du col mises sur pied dans certains pays n'ont pas contribué à faire baisser l'incidence ou la mortalité liées à ce cancer. Quels sont donc les problèmes spécifiques liés au pays en voie de développement et contribuant à maintenir une incidence si élevée liée au cancer du col ?

Tout d'abord, la lutte contre le cancer n'est pas une préoccupation majeure des pays en voie de développement, qui ne disposent, par ailleurs, que de 5% des ressources globales pour la lutte contre le cancer. En effet, nombre d'entre eux accentuent leur lutte contre les maladies infectieuses, plus faciles à traiter et l'accroissement de la population (Luthra, 1995). De plus, les pays en voie de développement n'accordent qu'une faible priorité aux problèmes de santé de la femme. Les femmes ignorent souvent les symptômes de la maladie et ont souvent une attitude fataliste vis-à-vis du cancer, jugé incurable. Le recours à la religion ou à la médecine traditionnelle est fréquent: 'Faites pour le mieux, Dieu fera le reste' est un dicton très populaire. Des études ont montré que l'éducation sensibilise la population sur les facteurs de risque, les symptômes, les méthodes de traitement et renseigne les femmes sur la localisation des différents centres de traitement locaux, les motivant à consulter plus tôt, dès l'apparition des premiers symptômes (Jayant, 1995).

Le manque de connaissance des femmes sur le cancer est illustré dans l'étude menée par Heystek (Heystek, 1995) dans une région urbaine noire proche de Pretoria. Dans son étude, sur les 1095 femmes ayant bénéficié d'un frottis cytologique, seul 2% d'entre elles avaient de bonnes connaissances sur le cancer du col et sur les moyens de dépistage.

Dans les pays développés, les mesures d'éducation du public et du personnel soignant ainsi que l'amélioration du statut socio-économique ont contribué à la baisse de l'incidence et de la mortalité liée au cancer du col avant même l'introduction de campagnes de dépistages. Ceci a également été démontré dans les études réalisées à Bombay, où la baisse de l'incidence du cancer du col durant ces 20 dernières années a été attribuée à l'âge plus tardif du mariage ainsi qu'au déclin de la fertilité (Sankaranarayanan, 1998). Dans le district rural de Barshi et dans la région du Kerala, les mêmes constatations ont été faites. Des changements sociaux et politiques qui ont pour but d'améliorer le statut et l'éducation des femmes peuvent jouer un rôle important en terme de prévention primaire (Machoki 1991).

Dans les pays en voie de développement existe également une insuffisance de l'infrastructure sanitaire dans les zones rurales, des problèmes de gestion et surtout un manque de moyen financier. Le nombre de anatomo-pathologistes qualifiés et de cytotechniciens est largement insuffisant et les facilités pour le traitement et le suivi des patientes sont inadéquates.

Par ailleurs, si certains pays ont eu les moyens d'effectuer des campagnes cytologiques de dépistage du cancer du col, la couverture annuelle reste insuffisante. Une étude réalisée dans 4 pays africains (la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali et le Sénégal) (Woto-Gaye, 1996) a révélé que la couverture annuelle en frottis cervico-vaginaux est inférieure à un examen pour cent femmes âgées de 15 ans et plus. Au Cameroun, 1 femme sur 200 âgées de plus de 20 ans bénéficie d'un frottis cervico-vaginal, chaque année (Mbakop, 1996). De plus, les femmes à risque ne sont souvent pas concernées par le dépistage. L'inefficacité du dépistage

cytologique dans les régions défavorisées s'explique aussi par la décentralisation des laboratoires qui travaillent sans contrôle de qualité, le temps trop lent entre le résultat du frottis et le traitement provoquant un manque de suivi. La qualité du frottis est bien souvent sous-optimal, de faible sensibilité (Miller 2000).

De plus, la population est migrante et il est difficile de pouvoir recontacter les patientes présentant un frottis avec une anomalie.

Les travaux effectués au niveau international, ayant fait l'objet d'un consensus (Schneider, 2000), ont repris dans leur article les raisons expliquant la persistance, dans les pays développés,

de la mortalité liée au cancer du col de l'utérus malgré l'existence de programmes de dépistage. Les raisons évoquées sont le défaut de participation des femmes aux programmes de dépistage et la difficulté de sensibiliser les femmes à risque, amenant une couverture incomplète de la population. Les femmes ne participent pas aux programmes en raison d'un manque de connaissance du cancer du col et de ses facteurs de risque, de la peur de la douleur et du cancer, de l'embarras de l'examen, du manque de femmes prélevant les frottis ou des horaires inadéquats pour réaliser l'examen. Ils ont aussi montré qu'une couverture inadéquate de la population, de trop large intervalle entre les dépistages, le suivi inadéquat des frottis anormaux, les taux élevés de frottis faux-négatifs, la mauvaise interprétation des frottis étaient également les raisons pouvant rendre un programme de dépistage moins efficace. Pour faire face aux problèmes de couverture insuffisante de la population et ceci également dans les pays développés, les travaux effectués au niveau international proposent des approches innovatrices telles que des campagnes d'éducation, des appels aux patientes. Une autre approche proposée, développée plus loin, est celle de la réalisation par la femme elle-même d'un prélèvement à la recherche de papillomavirus oncogéniques.

Le cancer du col constitue un important problème de santé publique pour les femmes des pays en développement.

L'éducation des femmes sur les signes et symptômes du cancer du col et sa possibilité de traitement peut avoir un impact majeur sur la réduction de son incidence.

Plusieurs études sont en cours pour établir des stratégies efficaces et peu coûteuses permettant le développement rationnel de service de dépistage du cancer du col de l'utérus. D'autres études évaluent des alternatives au dépistage cytologique (Miller, 2000).

1.4 Les différents moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus remplit tous les critères requis par l'OMS pour être un test de dépistage efficace (Schneider,2000). Différentes méthodes de dépistage existent, la plus utilisée et celle ayant fait la preuve de son efficacité, est le dépistage cytologique par frottis conventionnels : peu coûteux, acceptable pour les patientes et suffisamment sensible pour détecter les lésions précancéreuses (Miller, 2000). Cette méthode est utilisée dans des campagnes de dépistage organisées ou opportunistes (Schneider,2000). D'autres moyens de dépistage existent et sont en cours d'évaluation pour les pays en voie de développement n'ayant pas les moyens ni les ressources nécessaires pour introduire un dépistage cytologique de masse. Ils sont passés en revue. Tout d'abord, un historique du dépistage cytologique est présenté.

2. Dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus

C'est en 1943 que Papanicolaou et Traut ont publié leur premier article sur le dépistage cytologique du cancer du col utérin et qu'est apparue la notion de dépistage de masse. La méthode a d'abord été introduite aux USA, puis au Canada. Bien vite elle s'est répandue dans tous les pays développés. Depuis, les campagnes de dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus ont permis de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées à ce cancer (Hakama, 1985).

La mortalité a ainsi diminué de plus de 30 % entre 1960 et 1980 dans les pays développés, voire même, grâce à des programmes de dépistage bien conduits, de 50% à 60% (Hakama, 1982; Läärä, 1987).

La cytologie est la méthode de dépistage du cancer du col utérin la plus largement utilisée dans le monde. Aucune étude en double aveugle n'a toutefois testé sa performance (Wilson, 1995). Cette méthode est considérée comme la méthode de choix permettant la diminution de l'incidence et de la mortalité liées à ce cancer (Miller, 1990).

En Suisse, le frottis cervico-vaginal est utilisé depuis plus de 30 ans et à Genève, une diminution de la mortalité par cancer du col de plus de 50% en 30 ans a été observée.

Sa principale limitation pour les pays occidentaux est le nombre élevé de frottis faux-négatifs. A l'heure actuelle une malade sur quatre atteinte d'une lésion néoplasique, tout grade confondu, aura un résultat cytologique faussement négatif. A Genève, Vassilakos a montré que 14% des lésions précancéreuses de haut grade et cancéreuses invasives étaient précédées de frottis faussement négatifs à un intervalle de 28 mois (Vassilakos, 1997). Les Etats-Unis ont rapporté un taux moyen de 20% (McGoogan, 1996). Les différentes causes de frottis faux-négatifs sont les suivantes :

- Les erreurs d'échantillonnage, à savoir les erreurs de prélèvements tributaires de la personne qui effectue le prélèvement et du dispositif de prélèvement,
- les erreurs de transfert (10 à 20% de la population cellulaire prélevée se trouve étalée sur la lame) ainsi que les erreurs d'étalement et de fixation. Les erreurs d'échantillonnage contribuent à plus de 50 % des frottis faux-négatifs (Eddy 1990, Kristensen, 1991).

- Les erreurs de lecture imputées à l'observateur (erreur de screening et d'interprétation). Ces erreurs seraient responsables du tiers des frottis faux-négatifs.

Pour remédier à ces erreurs plusieurs mesures sont prises par les laboratoires. Des conditions de lecture stricte ont été définies, entre autre la lecture limitée à 50 frottis/jour/cytotechnicien. D'autres mesures ont été prises pour réduire le nombre de faux-négatifs. Ce sont l'automatisation de la lecture du frottis conventionnel, par introduction d'analyseurs d'images pour la relecture des frottis, permettant la correction des erreurs de lecture et l'introduction de technologies qui améliorent la qualité du prélèvement cytologique et sa représentativité.

Ces techniques sont basées sur le principe du prélèvement en milieu liquide (technique monocouche). Elles se basent sur des procédés de centrifugation ou de filtration et améliorent la qualité des préparations en fournissant un échantillonnage représentatif et reproductible. L'étalement en couche mince permet d'éviter la plupart des artefacts de superposition du frottis conventionnel. Cependant, la dispersion du matériel cellulaire supprime également les repères visuels habituels. Elle impose un apprentissage au moins de six mois pour réajuster les critères morphologiques. Un entraînement adéquat et une bonne expérience sont donc nécessaires pour une interprétation correcte de ces préparations qui diffèrent de la lecture des frottis conventionnels. Le matériel nécessaire au prélèvement consiste en une brosse ou une spatule avec une extrémité permettant le prélèvement de l'endocol et l'autre extrémité de l'exocol et un flacon de transport contenant le milieu conservateur. Le prélèvement est effectué dans la zone de jonction. La partie terminale détachable de la brosse est déposée et laissée dans le flacon de transport.

La FDA (Food and Drug Administration) a approuvé le remplacement du frottis conventionnel par la technique monocouche aux USA. En Suisse cette nouvelle technique a été introduite, pour la première fois, en 1995 en utilisant la technique

AutocytePrep (Vassilakos, 1996). Actuellement, en effet, il existe deux modalités techniques utilisant des automates. Les deux ont été validées par la FDA.

L'une procède par filtration et collection des cellules sous vide sur une membrane avec transfert des cellules sur une lame. Il s'agit du procédé ThinPrep®. L'autre procède par centrifugation et sédimentation à travers un gradient de densité.

Il s'agit du procédé CytoRich®. La différence des deux procédés concernant le liquide de conservation et la technique de préparation se traduit par une présentation morphologique cellulaire presque similaire au microscope.

Les études publiées jusqu'alors montrent que les frottis non interprétables ou limités par la présence d'inflammation et de sang sont statistiquement moins importants avec l'étalement en couche mince qu'avec la méthode conventionnelle

(Hutchinson, 1999). Ces études s'accordent pour dire que la détection des anomalies des cellules épithéliales est améliorée par les techniques en milieu liquide (Marshall Austin, 1998 ; Schneider, 2000). En effet, comme déjà précisé, la qualité de l'échantillon récolté est de meilleure qualité, les éléments masquants (cellules inflammatoires, sang, mucus, débris) sont limités. L'avantage supplémentaire est celui de pouvoir pratiquer une détection des Papillomavirus oncogéniques humains (HPV) à partir de la même suspension cellulaire, sans pour cela devoir reconvoquer la patiente. Un autre avantage est une meilleure détection des infections (candida/trichomonas) (Howell, 1998). Par ailleurs, les différentes études ont prouvé que les deux techniques sont supérieures aux frottis conventionnels, tant au niveau de la performance du diagnostic (Vassilakos 1996 et 1998 ; Bolick 1998 ;

Papillo, 1998) en augmentant la sensibilité (Wilbur 1997 ; Bishop, 1997) et la spécificité du dépistage (Bolick, 1998 ; Papillo, 1998), qu'au niveau de la qualité du prélèvement, en réduisant les préparations sous-optimales et non satisfaisantes (Vassillakos, 1996 et 1998 ; Lee, 1997).

Cependant, les études publiées comparent le plus souvent la méthode en couche mince et la méthode conventionnelle par étude statistique des anomalies cytologiques constatées.

La difficulté pour interpréter ces études a souvent été l'absence de confirmation histologique ou de standard indépendant permettant d'évaluer objectivement les discordances (Sawaya, 1999). Un certain nombre d'études ont comparé, cependant, leurs résultats à l'histologie.

Ces études ont utilisé le plus souvent l'histologie pour confirmer un résultat positif avec l'une ou l'autre méthode (Hutchinson, 1999). L'étude de Hutchinson qui porte sur 8 636 femmes a utilisé une confirmation histologique ou des critères indépendants pour évaluer la cytologie. Cette étude montre une augmentation du diagnostic d'atypies mal définies, de lésions de bas grade et de haut grade par la méthode en couche mince. Ces résultats sont confirmés par l'histologie pour ce qui concerne le diagnostic des lésions de haut grade.

Dans l'étude de Schwartz (Vassilakos et Schwartz, 2000) ayant fait l'objet d'une récente thèse à Genève, l'auteur a corrélié les résultats de la cytologie en milieu liquide à l'examen cyto-histologique. Elle a montré une excellente corrélation cyto-histologique pour tous les degrés de lésions. L'auteur conclut, que son étude démontre une amélioration significative de la détection des lésions de bas et de haut grade par les prélèvements en milieu liquide selon la technique AutocytePrep, que cette amélioration est réelle et non pas le résultat d'une surévaluation des diagnostics.

Cependant, il faut noter que l'histologie n'est pas un 'gold standard' parfait. En effet, celle-ci comporte des faux-négatifs qui varient de 42% à 86%. (McCord, 1991). En outre, il subsiste un problème d'interprétation des biopsies par le pathologue, essentiellement concernant les lésions de bas grade (Richart, 1993). Ismail a montré que les interprétations des biopsies sont excellentes pour les lésions invasives et moins bonnes pour les lésions de bas grade (Ismail, 1989).

Cependant, les désavantages de la technique en milieu liquide sont majeurs pour les pays en voie de développement : l'achat d'appareils robotiques sophistiqués, l'utilisation de flacons de transport qui doivent être stockés dans des endroits appropriés, une fois le frottis réalisé, et qui contiennent de l'alcool pouvant s'évaporer ou même être consommé ! (McGoogan, 1997). De plus cette méthode nécessite l'utilisation de spatules en plastique,

plus chères que les spatules en bois. Cette technique nécessite également des changements majeurs dans la réalisation et la lecture des frottis et dans l'équipement nécessaire. Elle impose une nouvelle formation des techniciens pour l'interprétation des préparations. Cette technique amène ainsi un important surcoût.

Quelques soient les méthodes de dépistage cytologique utilisées, elles sont onéreuses et requièrent des cytopathologues et des techniciens qualifiés. Beaucoup de pays en voie de développement n'ont pas, et n'auront pas dans un avenir prévisible, les laboratoires et les ressources nécessaires pour envisager le dépistage cytologique chez toutes les femmes adultes. Seul 5% des femmes des pays en voie de développement, où 80% des nouveaux cas de cancer du col ont lieu, ont pu bénéficier d'un frottis cervical. De tels modèles de dépistage sont difficilement envisageables dans les pays à faibles ressources.

De plus, même si certains pays en voie de développement ont introduit des programmes de dépistage cytologique, ces programmes n'ont eu que peu ou pas d'impact sur l'incidence et la mortalité liée au cancer du col. Au Costa Rica, les femmes présentant un cancer du col invasif ont été examinées aussi fréquemment que les femmes non porteuses d'un cancer du col

(Herrero, 1997). L'inefficacité de tels programmes, malgré la très grande participation des femmes, est regrettable et inquiétante puisque ces femmes ont été dépistées peu avant de savoir qu'elles étaient atteintes d'un cancer.

La principale raison évoquée a été celle de l'absence de contrôle de qualité et un manque d'optimisation des ressources déjà présentes.

D'autres alternatives au dépistage cytologique ont été étudiées par différents investigateurs et les différentes approches ont été évaluées par rapport au dépistage cytologique. Elles sont présentées ci-dessous.

2.1 Education et information des femmes

Dans les pays nordiques, avant même l'introduction de programmes cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus, la proportion des cas avancés de cancer du col a diminué significativement. Cette diminution est liée à l'apparition des moyens de traitement adéquat et aux campagnes d'information destinées aux femmes. La mortalité a diminué à ce moment-là plus fortement que lors de l'introduction du dépistage cytologique (Luthra, 1995; Adami, 1994). L'histoire naturelle de ce cancer étant la même quelque soit le pays, l'éducation des femmes et la mise sur pied de moyens thérapeutiques adéquats dans les pays en voie de développement, pourraient contribuer à diminuer la mortalité et l'incidence du cancer du col. Les femmes doivent être éduquées à reconnaître les symptômes précoces tels les métrorragies, les saignements post-coïtaux ou post-ménopausiques et doivent prendre conscience que plus un cancer est dépisté précocement, plus il sera facile de le traiter. L'étude conduite à Barshi, en Inde, a montré, en effet, que l'éducation pouvait permettre la détection du cancer du col à un stade moins avancé et pouvait améliorer la compliance dans le suivi du traitement ainsi que la survie (Jayant, 1995).

2.2 Le dépistage visuel du col de l'utérus

Pour les pays en voie de développement n'ayant pas les moyens de laboratoire ni les ressources nécessaires pour envisager le dépistage cytologique, une autre méthode, dite du 'downstaging', a été proposée par l'OMS (Stjernswärd, 1987). Il s'agit d'un dépistage précoce et simplifié défini comme un 'dépistage à un stade

peu avancé, où la guérison est encore possible ; devant être effectué par le personnel infirmier ou par d'autres agents de santé,

en utilisant un simple spéculum pour procéder à l'examen visuel du col utérin'. L'objectif d'une telle approche est d'améliorer la précocité de la détection pour améliorer le pronostic de la tumeur.

Il s'agit de la première alternative à la cytologie proposée aux pays en développement (Miller, 1992; Stjernsward, 1987). Les pays réalisant de telle campagne doivent disposer des moyens thérapeutiques adéquats.

Le groupe d'âge visé est celui qui est le plus exposé, à savoir les femmes âgées d'au moins 35 ans et de préférence de 45 ans. Les femmes dont le col présentent des anomalies doivent être investiguées plus largement : frottis cytologique ou examen gynécologique.

La plupart des études sur le dépistage précoce simplifié (downstaging) ont été réalisées en Inde. Dans l'état du Kerala, ce programme a été introduit d'une façon expérimentale depuis plus de dix ans et la proportion des cas diagnostiqués aux stades I et II a augmenté, en dix ans passant de 15% à 45% tandis que celle des cas diagnostiqués aux stades III et IV tombait de 85% à 55% (OMS, 1992).

Cependant l'étude sur le 'downstaging' réalisée par Sankaranarayana a montré que cette méthode ne représentait pas une bonne alternative à la cytologie. En effet, la sensibilité et la spécificité sont beaucoup trop basses pour détecter un cancer micro invasif. Respectivement, elles varient de 50-90% et de 55-94% selon les seuils (bas ou haut) utilisés pour définir un test positif à l'inspection visuelle. Concernant la détection des dysplasies modérées, la sensibilité de ce moyen de dépistage varie, selon la même étude, de 28 à 70% (Sankaranarayanan, 1997). La sensibilité et la spécificité devraient être bien plus élevées (80-90%) pour avoir un nombre de faux-négatifs et de faux-positifs suffisamment bas. Concernant les coûts engendrés par ce type de dépistage, ils restent trop élevés. En effet, la moitié des femmes (40-70%) doivent subir d'autres investigations (Singh, 1992; Nene, 1996;

Sakaranarayanan, 1997 ; Wesley, 1997). De plus, pour qu'un tel programme soit efficace, il faudrait le répéter à des intervalles fréquents augmentant ainsi les frais.

Pour étudier la performance du 'downstaging', ces études ont pris comme test de référence la cytologie et la biopsie.

Approximativement la moitié des cancers détectés par ces tests de références présentent (Seghal, 1991) des anomalies visuelles. Ceci implique que la moitié des femmes ayant un cancer du col ne sont pas dépistées.

D'autres études sur le 'downstaging' en Inde ont montré (Bhargava, 1993 ; Wesley, 1997) qu'environ 20% des cancers étaient au stade I et que 80% des cancers détectés par la méthode visuelle sont dans un stade déjà avancé. Dans ces pays, le traitement du cancer invasif, particulièrement dès le stade II n'est pas efficace (moins de 50 % de survie à 5ans). Il n'est donc pas encore certain qu'il existe un avantage à utiliser le 'downstaging' comme moyen de dépistage dans les pays en voie de développement sans pouvoir effectuer de frottis de dépistage ni qu'il y ait un quelconque bénéfice économique. De plus, cette méthode n'est pas destinée à dépister les lésions précancéreuses mais est destinée à dépister précocement un cancer pré-invasif. Cette méthode a tout de même été le précurseur des méthodes basées sur l'inspection visuelle (Miller,2000).

Le dépistage précoce simplifié peut en effet être amélioré par l'ajout d'acide acétique (cervicoscopie) ou par l'aide d'un microscope monoculaire permettant une visualisation optimale des zones acide acétique positive. Ces dernières techniques ont été évaluées récemment en Afrique et Asie.

2.3 La cervicoscopie (Methode par IVA)

Il s'agit de la visualisation du col à l'œil nu après imprégnation avec de l'acide acétique. Cette méthode a été pour la première fois décrite par Ottaviano et La Torre en 1982. Le résultat est considéré comme positif si un blanchiment apparaît sur le col après application de 5% d'acide acétique. Il est négatif en l'absence de ce blanchiment. Il a été démontré que la cervicoscopie pouvait détecter des lésions

non diagnostiquées par la cytologie et qu'elle pouvait augmenter la détection des lésions de haut grade lors d'une utilisation simultanée avec la cytologie.

Sa sensibilité dans la détection des lésions cervicales de haut grade serait équivalente à celle de la cytologie mais sa spécificité est plus faible (Sankaranaryanan, 1998 et 1999; Chirenje, 1999). Mégevand a réalisé une étude en Afrique du Sud, évaluant la cervicoscopie comme alternative à la cytologie.

Chaque femme (2426) a bénéficié d'un frottis cervical et d'un examen visuel du col après imprégnation avec de l'acide acétique. La valeur prédictive positive a été calculée à 72,4% pour la cervicoscopie et à 88,9% pour la cytologie (la référence étant l'histologie). Sur les 2426 femmes ayant participé à l'étude, 31 étaient porteuses de lésions dysplasiques de haut grade confirmées par l'histologie. Parmi ces 31 femmes, 20 d'entre elles, à savoir 64%, ont eu une réaction positive à l'acide acétique. L'auteur conclut que ce test permet la détection de 2/3 des lésions précancéreuses de haut grade et qu'il mérite d'être considéré comme test de dépistage du cancer du col dans les pays qui n'ont pas les moyens d'effectuer un dépistage cytologique et ce d'autant plus qu'il peut être effectué à bas prix.

Cependant d'autres évaluations sont nécessaires pour identifier les moyens d'améliorer la spécificité de ce test afin de réduire le nombre de femmes traitées inutilement (Miller, 2000).

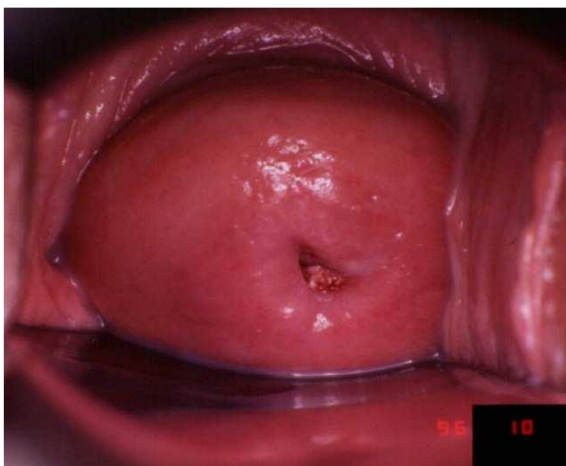


Figure 15: col négatif à l'acide acétique [41]



Figure 16 : col positif à l'acide acétique [41]

2.4 La cervicographie

Il s'agit de la prise de photographies du col de l'utérus après application de 3 à 5% d'acide acétique. Cette méthode a été décrite pour la première fois par Stafl et al en 1981. La personne qui effectue le frottis prend deux photos du col. Ces photos sont ensuite analysées par des experts en colposcopie. Des études ont montré que la sensibilité de cette méthode était supérieure à la cytologie (Ferris, 1993): elle a été évaluée à 94% dans certaines études (Averette, 1993). Parmi ses avantages, citons que les détails anormaux peuvent être identifiés grâce aux agrandissements photographiques. Cependant, la spécificité est faible, avec un taux de faux-positif de 26% selon certains auteurs (Szarewski, 1991). Dans d'autres études, la spécificité serait semblable à celle de la cytologie (Kesic, 1993) mais dans cette étude la population n'avait jamais été dépistée auparavant, ce qui peut modifier la spécificité.

Cette technique nécessite par contre l'utilisation de caméras spéciales et de lecteurs expérimentés. Son utilisation s'avère difficile dans les pays en voie de développement, vu les moyens que cette technique requiert.

2.5 La spéculoscopie

Il s'agit d'une méthode qui nécessite l'utilisation d'une lumière fluorescente, dans une chambre noire, pour détecter à l'œil nu des lésions blanches apparaissant après application d'acide acétique. Elle a été inventée par Lonky et Edwards (Lonky, 1992). La sensibilité et la spécificité de cette méthode paraissent semblables à celle de la cervicoscopie (Cronjé, 2000). Cependant en raison des moyens nécessaires, cette méthode n'est pas une option pour les pays en voie de développement (Miller, 2000).



Figure 17 : Spéculoscope

2.6 Le Polarprobe

Il s'agit d'une méthode électronique de dépistage cervical permettant la détection des lésions cancéreuses et précancéreuses utilisant des techniques électriques et optiques pour distinguer entre un tissu malin et non malin (Wunderman, 1995). Le Polarprobe est un appareil de 25 cm de long muni de composants pour une stimulation optique et électrique du tissu. Les tissus normaux, précancéreux et cancéreux du col de l'utérus réfléchissent la lumière et génèrent des voltages de façon très différente. Lors de la stimulation, les données sont recueillies dans un ordinateur portable et le programme informatique effectue un diagnostic immédiat en comparant les données recueillies avec sa propre base de données. Cet examen dure 20 secondes. Il s'agit d'une technique simple pouvant être réalisée par des personnes sachant faire un frottis cervical. L'appareil est fiable et n'engendre aucun effet secondaire. Il serait aussi moins douloureux que le frottis cervical réalisé à l'aide d'une spatule et les femmes apprécient son diagnostic immédiat.

Cet appareil, de par sa simplicité et son diagnostic immédiat pourrait donc être utilisé dans les pays en voie de développement comme test de dépistage. Une étude préliminaire a montré une précision de 90 à 95% pour les lésions de haut grade et pour les cancers invasifs. D'autres études sont en cours et ces résultats doivent être confirmés par des études comparatives avant que cette méthode ne soit introduite comme moyen de dépistage (Mould, 1997).

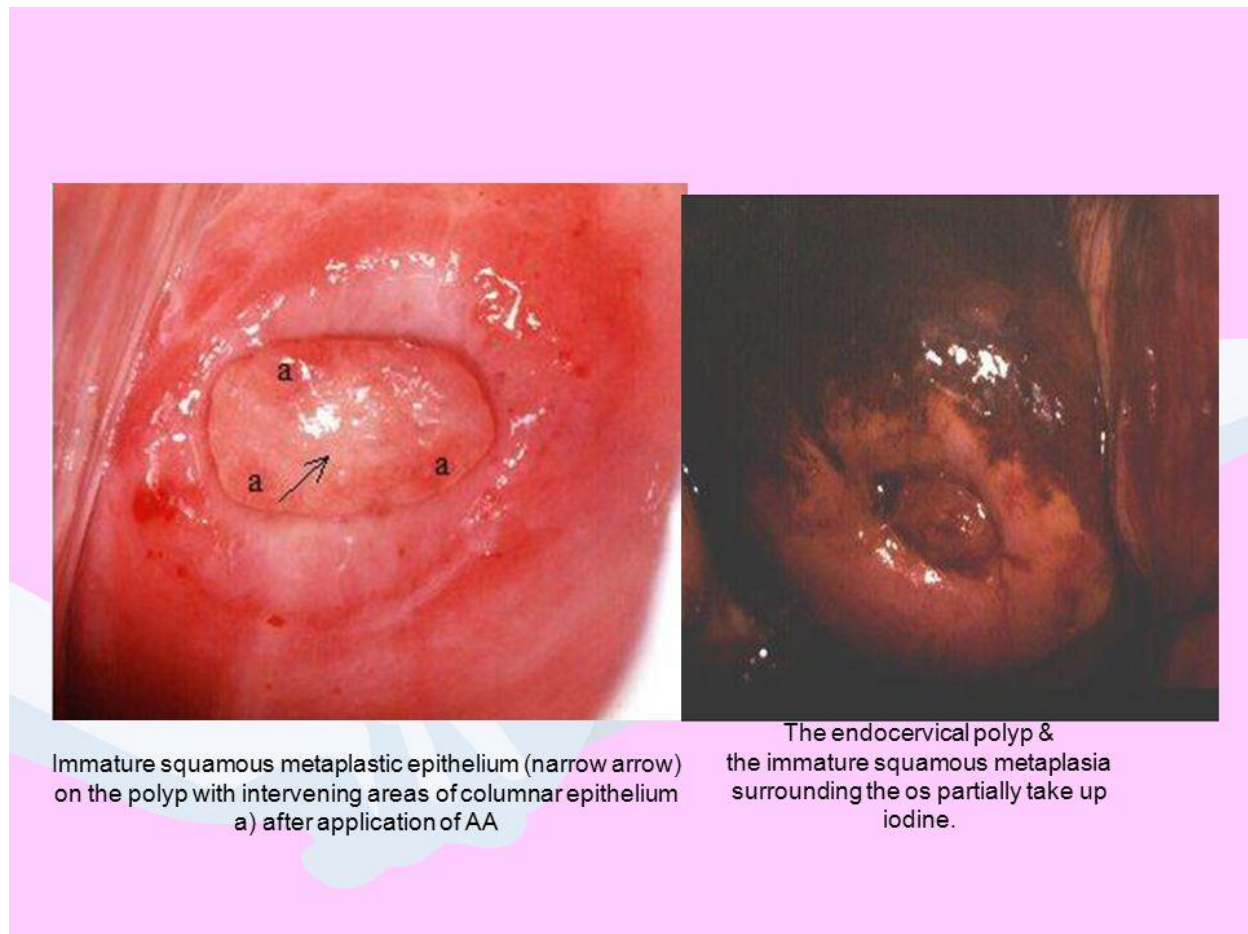


Figure n°18 : IVA ET IVL au polarbre

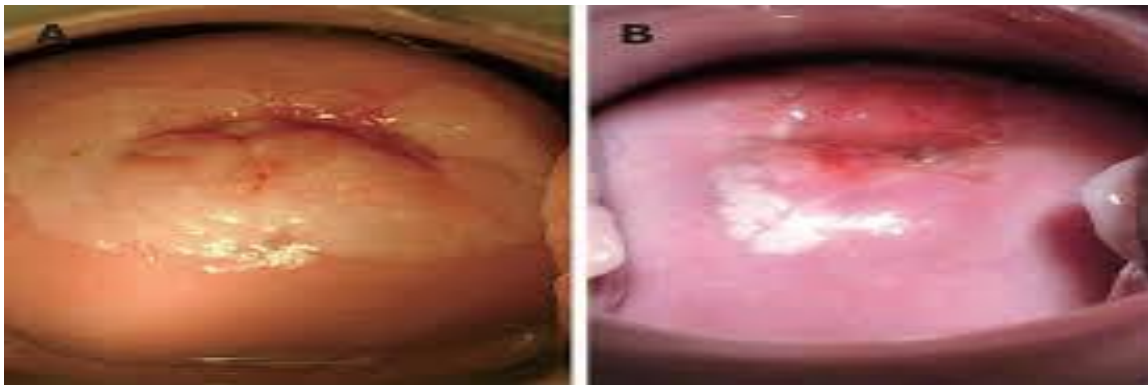
2.7 La gynoscopie

Il s'agit d'un microscope monoculaire muni d'une lumière permettant la visualisation des zones blanches par d'acide acétique. Il permet un agrandissement de 2,5 fois. Cette méthode a été évaluée en Indonésie sur 920 femmes.

Sa sensibilité et sa spécificité pour la détection des lésions dysplasiques est de 95,8 et 96,4% respectivement, le test de référence étant la cytologie. Il n'est pas encore clair si cette méthode est plus avantageuse que la cervicoscopie.



Figure n°19:Gynoscope



2.8 La colposcopie

La colposcopie a été introduite par Hinselmann en 1925. Cette méthode utilise un colposcope qui est en fait une loupe binoculaire montée sur un statif. Elle permet une étude topographique des lésions cervico-vaginales. La sensibilité de la colposcopie est supérieure à celle du frottis cervical dans la détection des anomalies épithéliales. Cependant, le contrôle de qualité manque, les faux-positifs sont fréquents, le temps pour la réaliser est long et les coûts engendrés par un tel examen sont élevés. En raison de ces inconvénients non négligeables, la colposcopie est considérée comme moins efficace pour le dépistage des lésions cervicales que la cytologie (Eddy, 1990). Elle doit surtout être utilisée comme un test complémentaire à la cytologie permettant d'indiquer la nature et l'étendue d'une lésion cervicale chez une femme avec un frottis anormal.



2.9 Détection des Papillomavirus oncogéniques humains (HPV)

Il est bien établi que le cancer du col est causé par certains type de papillomavirus. L'infection par HPV est une maladie sexuellement transmissible très répandue, avec plus de 30 types affectant la sphère génitale. Cependant seuls 10 à 15 d'entre eux causent un cancer (Bosch, 1995) , principalement l'HPV 16 et 18. L'infection est détectée par la présence de l'ADN du virus. La plupart des infections, y compris celles entraînant une modification cytologique, se résolvent spontanément avec une disparition de l'HPV. Parfois elles peuvent progresser en lésion précancéreuse. Une fois établie, elles ont tendance à persister et peuvent se transformer en cancer.

La plupart des lésions de haut grade et des cancers contiennent des HPV oncogéniques.

La détection des HPV est en général pratiquée par hybridation moléculaire (PCR ou capture d'hybride). Il s'agit de détecter des virus à haut risque oncogénique. Comme moyen de dépistage sa sensibilité semble similaire voire plus élevée que

la cytologie dans la détection des lésions de haut grade et des cancers invasifs (Cuzick, 1995). Sa spécificité est cependant plus faible que la cytologie puisque la prévalence d'un HPV positif chez les femmes sans néoplasie cervicale varie beaucoup et peut se révéler élevée chez les jeunes femmes. Schiffman a réalisé une étude au Costa-Rica, dans la Province de Guanacaste, et a évalué entre 1993 et 1995 plus de 11 000 femmes qui ont subi un examen cytologique (frottis conventionnel et technique monocouche), une cervicographie et un examen colposcopique en cas d'anomalies. La détection de l'HPV a été réalisée par la suite sans connaître les résultats cliniques. Schiffman a montré que dans cette population à haut risque, ce test permet la détection de 90% des lésions de haut grade et de 100% des cancers. 12% des patientes ont été référées en colposcopie. La sensibilité de ce test était supérieure à la cytologie conventionnelle (88.4% vs 77.7%) pour les lésions de haut grade et les cancers. Sa spécificité était moins bonne (89% vs 94.2%) (Schiffman,2000).

Par ailleurs, il existe des kits conçus pour que la patiente fasse elle-même le prélèvement. Des études pilotes ont été réalisées et ont montré que la détection de l'HPV dans des échantillons prélevés par les femmes elles-mêmes était comparable à la détection dans les échantillons prélevés par le médecin (Harper, 1999). Une autre étude, effectuée dans une région rurale de l'Ouganda, a montré que cette approche était très appréciée par les femmes avec une compliance de plus de 90% (Serwada, 1999). Cependant son coût important compromet son utilisation dans les pays en voie de développement. Si celui-ci diminuait, ce test pourrait devenir une méthode de dépistage primaire chez les femmes au-delà de 35 ans, d'autant plus que grâce à l'utilisation de kits commerciaux son utilisation est techniquement plus simple que la réalisation et l'interprétation d'un frottis (Miller,2000). Cependant d'autres investigations sont encore nécessaires dans les populations où la prévalence du HPV est élevée. Sa spécificité doit en être augmentée.

En résumé, le dépistage cytologique reste le dépistage standard envers lequel les autres méthodes sont évaluées.

L'inspection visuelle du col avec application d'acide acétique est une méthode prometteuse mais dont la spécificité doit encore être améliorée. La détection des virus oncogéniques HPV est aussi une méthode prometteuse mais le manque de spécificité chez les jeunes femmes ne permet pas de le considérer comme test indépendant pour le dépistage chez les femmes âgées de moins de 35 ans. Cependant il peut aider à améliorer la détection de la maladie chez les femmes plus âgées.

II MATERIEL ET METHODES

➤ **Planification et mise en œuvre des campagnes**

Ce chapitre traite de la préparation des campagnes, de l'organisation de la médiatisation en rapport avec les principes fondamentaux de la santé publique (WHO, 1998).

➤ **Données de base**

L'étude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus réalisée dans le district de Bamako entre 2001 et 2004 a servi de modèle. Elle a permis de comprendre que le besoin de prévention du cancer du col est important dans la communauté et que les médias de large portée notamment la télévision nationale constituent un bon moyen de les convier et de les sensibiliser.

➤ **Facteurs influençant la participation au dépistage**

Il s'agit là des idées et croyances sur le cancer dont la connaissance permettra de concevoir des messages motivant les femmes à fréquenter les centres de dépistage World Health Organization, Geneva; 1998 [cited 12 May 2004].

1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans trois zones du Mali :

 Bamako

 Kayes

 Kita

✓ **Organisation :**

Les différentes campagnes ont été organisées à différentes périodes dans différentes zones données. Différents moyens de sensibilisation ont été également utilisés à savoir entre autre, des media, antennes, les autorités politiques et administratives, les crieurs publics traditionnels ainsi que des méthodes passives.

Les campagnes ont toutes été organisées par la même équipe technique mais pendant des moments différents et avec différents partenaires.

- a- **Bamako** : la campagne pendant 10 jours ouvrables durant du 09 au 13 Décembre et du 16 au 20 Décembre 2013 dans tous les centres de santé de référence et y compris certains cscom (dans 22 sites) sous la supervision de PSI Mali qui est un organisme qui a beaucoup aidé à la réalisation de cette campagne. La s'est surtout effectuée à travers les télévisions et les stations de radio et les réseaux de télécommunication mobiles.
- b- **Kita** : la durée de la campagne était de 03 jours au maximum les 13-14 Décembre et des fois les 23-24 Décembre chaque année et cela pendant 05 années 2009, 2010, 2011, 2013 et 2014. Le dépistage était réalisé dans les principaux centres de santé du cercle de Kita au nombre de 04 sites, cette campagne était sponsorisée par une association constituée par les ressortissants du dit cercle qui a joué un rôle prépondérant et essentiel dans l'organisation de cette campagne et appuyé par la fondation orange Mali. Sur une période de 05 ans, a lieu la grande sensibilisation qui est entre autre : rencontre des autorités politiques, administratives et la sensibilisation aux stations de radio.
- c- **Kayes** : Quant à la ville de Kayes, elle a enregistré le plus petit recrutement des 03 zones avec une campagne de 02 jours seulement dans 04 cscom, le csref et l'hôpital de Kayes les 16 et 17 Décembre 2013 ; cela grâce à l'association GNETAKA avec l'appui de la fondation orange Mali en collaboration avec les autorités politiques et administratives.

2- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale.

3- Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée entre Décembre 2009 et décembre 2013, soit une période de 5 ans.

4- Population d'étude :

4-1 Bamako:

Située sur les rives du fleuve Niger, appelé Djoliba, la ville de Bamako est construite dans une cuvette entourée de colline. Elle compte une population de 2 309 106 hbts (2012) pour une superficie de 267km². Elle est divisée en 06 communes dans lesquelles il y a 06 Csref, 03 CHU et plusieurs centres de santé communautaires.

4-2 Kayes:

C'est une grande ville et une commune de l'Ouest du Mali à 495 km au nord-ouest de Bamako, sur les rives du fleuve Sénégal. Elle est la capitale de la première région administrative et le chef-lieu du cercle qui porte son nom. Elle s'étend sur une superficie de 120760km² pour une population de 1 996 812 hbts (2009) et comporte 07 cercles, 1 hôpital, 1 Csref et plusieurs centres de santé.

4-3 Kita :

Collectivité territoriale du Mali dans la région de Kayes, elle compte 434 379 hts (2009) et est divisée en 33 communes. Elle comporte 1 Csref et plusieurs centres de santé.

5-Echantillonnage :

5-1 Critères d'inclusion

- Femmes sexuellement active ;
- Femmes acceptant de participer au dépistage;

5-2 Critères de non inclusion

- Femmes vierges;

- Femmesenceintes;
- Femmesenpostpartum;
- Femmesen périodede menstrues;
- Femmes ne désirant pas se faire dépister

5-3 Technique d'échantillonnage :

Dans ce travail, nous avons réalisé un échantillonnage systématique en incluant toutes les patientes qui ont accepté le dépistage du cancer du col durant la période d'étude. Au total 11445 femmes ont accepté le test de dépistage du cancer du col pendant la durée de l'étude.

5-4 Taille minimum de l'échantillon :

Pour les études transversales la taille de l'échantillon se calcule comme suit

$$n = \frac{\varepsilon^2 \alpha}{pq}$$

n = taille minimum de l'échantillon, est la seule inconnue dans cette formule

ε = écart réduit de la loi normale, = 1,96 pour $\alpha = 5\%$

α = seuil de significativité

p = fréquence relative d'un évènement mesurable sur la question

q = complémentaire de la probabilité $p = 1 - p$

I = précision, varie entre 2% et 8% en générale dans les études médicales

La prévalence du cancer du col de l'utérus au Mali est de 26,6% [7,8] ; en représentant de façon statistiquement significative notre taille minimum de l'échantillon est de 5695,17.

6- Déroulement du travail

Cette étude a été organisée après discussion avec les autorités des différentes zones concernées pour faire un dépistage en masse du cancer du col de l'utérus. Après un examen général et gynécologique nous procédons à la réalisation du test de dépistage du cancer du col par les méthodes d'inspections visuelles du col après application de l'acide acétique et du lugol (IVA, IVL).

Il s'agit là d'une méthode alternative de dépistage des lésions précancéreuses dans les milieux aux ressources limitées en occurrence les pays en développement. La prise en charge des lésions était effectuée à l'hôpital (CHU Gabriel Touré).

- L'examen du col :procédure et la raison de l'examen doivent être expliquées de façon précise à la femme, la rassurer
- Respecter son intimité : cadre d'examen, entourage
- Humidifier le spéculum avec de l'eau tiède (pas de lubrifiant)
- Le col doit être très bien éclairé pour assurer une bonne visualisation
- Aucun traitement par voie vaginale ne devrait être en cours
- L'examen ne doit pas être réalisé au moment des règles

Il doit intéresser la zone de transformation qui est le siège des anomalies cytologiques.

L'examen du col après la pose d'un spéculum comporte 3 temps :

a-1^{er} temps : L'examen sans préparation

Le col normal est rose, homogène. Lorsqu'on observe un col, on voit un stroma à travers un épithélium. L'aspect retrouvé résulte donc du stroma et de l'épithélium qui le recouvre. Quand le col n'est pas uniformément rose, on peut y voir des zones rouges ou des zones blanches.

- La zone rouge correspond soit à une zone de la vascularisation du stroma (inflammation ou dystrophies), une atrophie de l'épaisseur de l'épithélium (épithélium cylindrique, atrophie de l'épithélium malpighien)

- La zone blanche de la vascularisation (atrophie post- ménopausique), de l'épaisseur de l'épithélium (leucoplasie).

a- 2^e temps : l'exposition à la solution d'acide acétique :

Appliquer le coton hydrophile imbibé d'acide acétique sur le col patienté une minute puis inspecter le col à la recherche de zones blanches.

Cette solution révèle l'activité nucléaire de l'épithélium. L'apparence de l'épithélium malpighien normal n'est pas modifiée. Quant à l'épithélium cylindrique, il devient rose, luisant, aspect dit papillaire, grappes de raisin blanc jeune. Les zones qui vont blanchir sont dites acidophiles. Elles sont donc le siège d'une activité nucléaire de surface. Vont donc être acidophiles, les cancers, les dysplasies et aussi les métaplasies immatures et les métaplasies matures qui ne sont pas strictement un tissu normal, on les appelle dystrophie (déséquilibre des constituants de l'épithélium). Au sein de ces zones blanches, on peut distinguer des ponctuations ou des aspects dits de mosaïques qui correspondent à la visualisation des vaisseaux du stroma à travers l'épithélium.

b- 3^e temps : test de Schiller ou exposition du col ou lugol fort (solution iodée) :

C'est l'exposition du col au lugol fort, une solution iodée. Elle révèle la présence de glycogène dans le cytoplasme des éléments de l'épithélium. Notez que l'acide acétique renseigne sur l'activité nucléaire et le lugol sur l'activité cytoplasmique. Un élément contient du glycogène quand il est mature.

- zone iodo-positive : le col normal, l'épithélium malpighien normal est iodo-positif, il se colore en brun.
- Dans quel cas un tissu sera t-il iodo-négatif ?
 - Un tissu normal iodo négatif = épithélium cylindrique
 - Sur le versant malpighien, le cancer est iodo négatif les éléments ne sont pas matures

- La dysplasie est iodo négative
 - Les métaplasies immatures et les métaplasies matures qui ne sont pas au stade de tissu malpighien sont iodo – négatives.
- Zones iodo hétérogènes : ce sont souvent des zones inflammatoires, éventuellement virales, HPV principalement. Les aspects les plus fréquemment rencontrés sont les ponctuations blanches et les carrelages inversés.

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

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

Si la JPC n'est pas vue en totalité car partiellement ou totalement endo cervicale, il convient d'effectuer une conisation diagnostique afin d'examiner la lésion en totalité.

L'examen histologique des biopsies cervicales ou de la pièce de conisation permet de différencier le carcinome in situ ou néoplasie cervicale intra épithéliale de stade 3, qui respecte la basale, du carcinome invasif où la basale est rompue.

Le résultat de l'examen est consigné dans un dossier de dépistage et de traitement mis en place pour le dépistage du cancer du col et saisie dans une base de données sur le logiciel SPSS12 qui est régulièrement mise à jour.

7- Matériel de travail

- une table d'examen avec étriers;
- une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col;
- des spéculums stériles;
- des gants non stériles et stériles;
- un colposcope;
- des couvillons de coton;

- des pinces portescoton;
- des pinces à biopsie du col;
- des pinces en cœur (polype) ;
- un haricot;
- des cupules;
- une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% ;
- une solution de lugol;
- des flacons pour les biopsies du col;
- du formol à 10% ;
- un sac poubelle pour jeter les écouvillons contaminés;
- une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés;
- un appareil de cryothérapie ;
- un appareil de résection;

8- Collecte et analyse des données

8-1 Supports :

- Les dossiers médicaux des patientes
- Le dossier de dépistage et de traitement rempli pour la cause

8-2 Technique de collecte

Par la lecture des documents suscités et la consignation des résultats de l'examen sur un questionnaire électronique individuel.

9 Variables :

Tableau N°V : Définition des variables étudiées

Variable	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	
Type de visite	Qualitative nominative	1= Dépistage 2= Autres	
Adresse	Qualitative nominative	Exemple= plateau	
Gestité	Quantitative discontinue	Nombre total de grossesse	Lecture
Jonction visible	Qualitative catégorielle	1=complètement 2= partiellement 3= pas du tout	Examen physique
Contraception	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Partenaire Polygame	Logique	1= oui 2= non	Lecture
DDR	Quantitative discontinue	Date des dernières règles en mois	Lecture
Biopsies	Logique	1= oui 2= non	Examen

Résultat IVA	Qualitative nominative	0=non effectué 1=négatif 2=positif 3= suspicion de cancer	
Résultat IVL	Qualitative nominative	0=non effectué 1=négatif 2=positif 3= suspicion de cancer	Examen
Colposcopie	Qualitative nominative	0=non effectué 1=normal 2= inflammation 3= CIN1/HPV 4= CIN2-3 5= Carcinome 6= non concluant	Examen
Histologie	Qualitative nominative	0=non disponible 1=normal 2=inflammation 3= atypie 4= CIN1/HPV 5 = CIN2-3 6= Carcinome 7= non concluant	Examen
Action effectuée	Qualitative nominative	1= rassuré/conseil 2= cryothérapie 3= RAD 4= électro cautérisation 5= orienter vers hôpital	Examen

10 Plan d'analyse et de traitement des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 20.0. Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel.

Le test statistique utilisé était le test de khi2 pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$ et l'odds ratio (OR).

11. Définition opératoire :

La définition de certains concepts est utile pour cette étude.

IVA : c'est l'inspection visuelle après application de l'acide acétique

IVL : c'est l'inspection visuelle après application de lugol

Lésions précancéreuses du col : ou néoplasie intra épithéliale CIN, ou dysplasie

Les états précancéreux du col sont l'ensemble des pathologies à potentiels malins du col de l'utérus

La métaplasie est le changement d'un épithélium normal (cylindrique) en un autre épithélium normal (pavimenteux)

La jonction pavimento-cylindrique : c'est l'endroit où se rencontre l'épithélium pavimenteux et l'épithélium glandulaire de l'endocol

La néoplasie intra épithéliale (néoplasie intra-cervicale CIN) : elle est caractérisée par des cellules atypiques se développant à partir de la jonction cylindro-malpighienne et de la zone de transformation anormale.

Dysplasie légère ou lésion de bas grade

Lorsque l'épithélium malpighien est atteint sur son tiers inférieur

Lésion de haut grade lorsque l'épithélium malpighien est atteint sur son deux tiers inférieur ou sur toute sa hauteur

Carcinome in situ :

Lorsque tout l'épithélium malpighien est atteint sans dépasser la membrane basale.

Cancer invasif du col utérin :

Lorsque l'envahissement de l'épithélium malpighien a dépassé la membrane basale

Résection à l'anse diathermique(RAD)

Méthode d'exérèse chirurgicale à l'aide d'une anse de diamètre variable

La gestité : c'est le nombre de grossesse

Primigestes : les femmes qui sont à leur première grossesse

Multigestes : les femmes qui ont fait entre deux et six grossesses

Grandes multigestes : les femmes qui ont fait plus de six grossesses

Age élevé : toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans

11- Aspects éthiques :

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

Les patientes sont sous l'anonymat pour le bon déroulement de l'étude elles ont été gardées toujours sous l'anonymat.

III RESULTATS

1 - Fréquence : Durant les différentes campagnes de dépistage, nous avons enregistré 11445 femmes dépistées soit respectivement 8114 soit 70,9% à Bamako (campagne PSI), 2175 soit 19,0% à Kita (campagne GNATAKA) et 1156 soit 10,1% à Kayes (campagne GNATAKA).

Tableau n°I : fréquence des femmes dépistées dans les 3 zones

Centres	Effectifs	Pourcentage
Bamako	8114	70,9
Kita	2175	19,0
Kayes	1156	10,1
Total	11445	100,0

2 - Nombre journalier de dépistage par zone

Tableau n°II : Nombre de femmes dépistées par zone et par jour

Centre de dépistage	Nombre journalier de dépistage			
	Minimum	Maximum	Moyenne	Total
Bamako	13	354	16	8114
Kita	5	362	69	2175
Kayes	349	351	87.64	1156
Total				11445

Dans ce tableau nous remarquons que la plus grande fréquence en terme de femmes dépistées a été enregistrée dans la ville de Kayes avec une moyenne de 87.64 contre 16 comme plus petite à Bamako.

Le nombre minimum de femmes dépistées par jour (5) et le maximum (362) ont été enregistré à Kita.

Tableau n°III : Nombre journalier de femmes dépistées par zone et par campagne

Ville	Site	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	Moyenne
Bamako2013	22	367	647	585	681	1396	1251	1647	843	903	843	916,3
Kayes2014	4	460	686									573
Kita2009	4	194	234	144								189
Kita2011	4	186	245									215,5
Kita2013	4	154	248									201
Kita2014	4	176	542									359
Kita2010	50 cas de dépistage hors campagne											

Ce tableau nous renseigne surtout sur la durée et le nombre de centre par ville et par campagne. Cependant le plus grand nombre de sites a été observé à Bamako.

3 – Profil sociodémographique

Tableau n° IV : Nombre de femmes dépistées selon leur profil par zone

Type de visite	Bamako	Kita	Kayes	Total
Dépistage	8078 (99,6%)	2130 (98,8%)	1156 (100,0%)	11364 (99,3%)
Orienté par cscom	36 (0,4%)	26 (1,2%)	0 (0,00%)	62 (0,5%)
Non précisé				19 (0,2%)
Polygamie				
Oui	3274 (40,4%)	1014 (46,6%)	632 (43,0%)	4920 (43,0%)
Non	4840 (59,6%)	1161 (53,4%)	524 (45,3%)	6525 (57,0%)

Contraception				
Oui	3894 (48,0%)	870 (40,6%)	662 (47,6%)	5426 (47,4%)
Non	4220 (52,0%)	1271 (59,4%)	494 (42,7%)	5985 (52,3%)
Non précisé				34 (0,3%)
Gestité				
Nulligeste	883 (10,9%)	276 (13,1%)	158 (13,7%)	1317 (11,5%)
Primigeste	1303 (16,1%)	368 (17,4%)	200 (17,3%)	1871 (16,3%)
Multigeste	5075 (62,5%)	1136 (53,7%)	676 (58,5%)	6887 (60,2%)
Grande multigeste	853 (10,5%)	334 (15,8%)	122 (10,6%)	1309 (11,5%)
Non précisé				61 (0,5%)
Total	1317 (11,6%)	1871 (16,4%)	6887 (60,5%)	11445
Tranche d'âge				
10-19 ans	455 (5,6%)	309 (14,3%)	148 (12,8%)	912 (8,0%)
20-29 ans	2935 (36,2%)	719 (33,3%)	410 (35,5%)	4064 (35,6%)
30-39 ans	2455 (30,3%)	565 (26,1%)	336 (29,1%)	3356 (29,3%)
40-49 ans	1439 (17,8%)	350 (16,2%)	178 (15,4%)	1967 (17,2%)

50-59 ans	621 (7,7%)	142 (6,6%)	66 (5,7%)	829 (7,3%)
60-69 ans	154 (1,9%)	66 (3,1%)	16 (1,4%)	236 (2,1%)
70-79 ans	30 (0,4%)	10 (0,5%)	0 (0,0%)	40 (0,4%)
80-89 ans	12 (0,1%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (0,1%)
90-100 ans	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,0%)
Non précisé				27 (0,2%)
Total	8102 (71,0%)	2162 18,90%)	1154 (10,1%)	11445

P= 0.000

Dans ce tableau, nous avons la répartition selon le profil sociodémographique des femmes dans les 3 principales villes de notre étude.

La polygamie était le régime matrimonial chez respectivement 40,4% ; 46,6% et 43,0% des femmes dépistées dans les 3 villes dont le plus grand recensement à Kita.

Le plus grand nombre de femmes dépistées sous contraceptif a été observé à BKO avec une fréquence de 48,0% contre le plus faible à Kita 40,6%. Et nous remarquons que dans toutes les villes, le taux de femmes sous contraceptifs était plus faible que celles n'étant pas sous contraceptifs sauf à Kayes ou c'était le contraire.

Nous avons aussi remarqué que le recrutement des femmes dépistées était proportionnel à la gestité, il va en ascendant jusqu'à chez les multi gestes ou le pic est atteint (62,5%, 53,7% et 58,5%) puis ré décroît après ce groupe dans les 3 villes de notre étude.

Les tranches d'âge 20-29 ans représentaient respectivement les tranches où il y a eu le plus grand recrutement dans les 3 zones respectives. Donc nous remarquons une différence nette en fonction des différentes villes.

4- Taux de positivité par zone

Tableau n° V : Positivité aux tests visuels par zone

IVA	Bamako	Kita	Kayes	total	P
Positif	553(6,8%)	144(6,7%)	60(5,2%)	757(6,6%)	0.114
Négatif	7561(93,2)	2001(93,3%)	1096(94,8%)	10658(93,1%)	
IVL					
Positif	617(7,7%)	166(7,7%)	58(5,0%)	841(7,3%)	0.005
Négatif	7497(92,4%)	1975(92,2%)	108(95,0%)	10570(92,3%)	

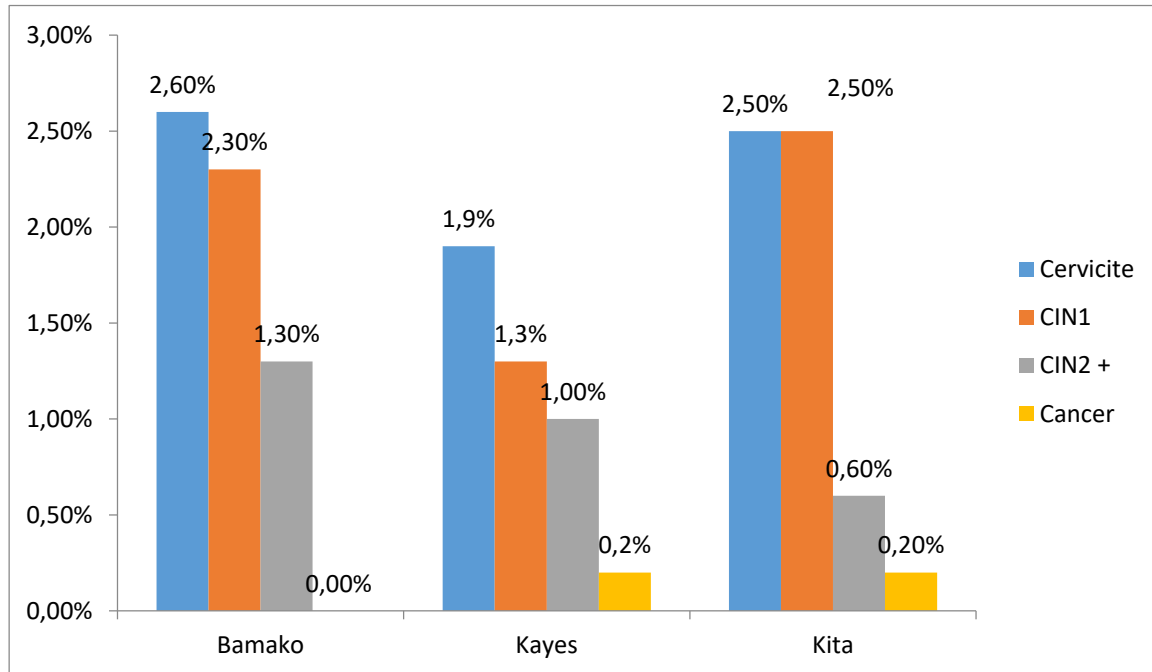
Dans ce tableau, la différence est significative en terme de positivité de IVA et IVL dans les différentes villes bien que la différence de fréquence en terme de femmes dépistées.

6,8% des femmes dépistées à Bamako avaient un test à l'acide acétique positif contre respectivement 6,7% et 5,2 à Kita et Kayes.

Quant au test au lugol Bamako et Kita étaient les plus représentées avec 7,7% contre 5,0% à Kayes.

5- Prévalence des lésions a l'histologie

Figure N°I : Prévalence des lésions après histologie dans les 3 zones.



X²= 19.47

P= 0.013

Ce graphique nous illustre que les lésions précancéreuses étaient les plus dominantes et que la fréquence diminuait en nombre au fur qu'on évoluait vers la lésion cancéreuse elle-même dans les 3 villes respectives.

Les dysplasies de haut grade variaient autour de 1% dans les 3 villes et le cancer était presque inexistant avec une fréquence d'à peu près 0,2%.

6- Prise en charge des lésions

Tableau n°VI : Prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses

Action effectuée	Bamako	Kayes	Kita
Rassurée	7663 (94,4%)	1132 (97,9%)	2106 (98,8%)
RAD	57 (0,7%)	10 (0,9%)	07 (0,3%)
Orientée CHU GT	390 (4,8%)	12 (1,0%)	14 (0,7%)
WERTHEIM	2 (0%)	0 (0%)	2 (0,1%)
Radiothérapie	1 (0%)	2 (0,2%)	2 (0,1%)

$\chi^2 = 120.52$

$P=0.000$

Au cours de notre étude, concernant la prise en charge, elle s'effectuait principalement au CHU Gabriel Touré qui est le centre de référence dans la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au Mali. Nous avons orienté vers le CHU Gabriel Touré 416 femmes pour une prise en charge.

Nous avons réalisé 57(0.7%) cas de résection à l'anse diathermique dont 20(8.8%) CIN1, 27(25.6%) CIN2 et 10(32.3%) CIN3 ; 04(44.4%) cas de WERTHEIM et 05(55.6%) de Radiothérapie.

IV- DISCUSSION

Nos résultats ont été discutés à la lumière de la littérature.

1- Facteurs influençant le recrutement des femmes :

Dans la littérature les stratégies sont multiples et variées. L'adhésion de la population féminine à ce type d'action est donc difficile à obtenir, malgré la gratuité et de multiples action de promotion (H. Mignotte,1998).

Nous avons fait recours à une information intensive des femmes et agents socio sanitaires, une démarche visant à accroître la participation du corps médical, dans le but d'amener au dépistage des femmes habituellement peu ou pas suivies sur le plan gynécologique.

L'information et la sensibilisation des femmes ont fait appel à de multiples campagnes "grand public" (affichage, télévision, radio, journaux locaux, téléphone portable par les SMS). Des documents d'information (tracts et affichettes) ont été diffusés dans tous les lieux de vie sociale (mairies, le marché, pharmacies, cabinets médicaux et paramédicaux). Avec l'aide des municipalités concernées, une lettre d'invitation personnalisée a été adressée. La sensibilisation directe des femmes par les médecins et travailleurs sociaux exerçant sur les trois localités choisis a été encouragée. L'information et la sensibilisation du corps médical ont comporté plusieurs aspects : information par courrier avant le démarrage de la campagne. Des séances de formation à la pratique du dépistage par IVA et IVL qui sont des méthodes peu coûteuses et une efficacité prouvée et une alternative au frottis dans les pays en voie de développement ; et à l'interprétation des résultats ont en outre été organisées dans chacune des trois zones, avec la collaboration des gynécologues et des généralistes, des sages-femmes etc.(H. Mignotte,1998)

Ces campagnes permettent de constater que les femmes s'intéressent à leur état de santé.

Elles se sont montrées très motivées et très enthousiastes pour ces campagnes de dépistage ce qui est illustré par le fort taux d'affluences lors des campagnes, mais

le plus souvent il s'agit de l'absence ou l'insuffisance et animation et animation du système sanitaire.

Ce qui concerne le dépistage, nous remarquons que la majorité des femmes dépistées (99%) dans les villes dont la plus grande fréquence à BKO étaient venues d'elles même pour un dépistage plutôt qu'une orientation par un Cscm d'où la place importante de la sensibilisation dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Et sont également très concernées par le cancer du sein et demandent des campagnes à cet effet pour le cancer du sein. (Conclusion !)

2-L'approche méthodologique

Nous avons réalisé des dépistages de masse dans trois zones à des périodes, durées et avec des moyens différents selon la localité et la circonstance. Une campagne dans la capitale de Bamako, une deuxième campagne de masse dans un cercle de la première région (Kita) et dans la ville de Kayes. Nous avons effectué le dépistage par les méthodes d'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol qui est l'alternative du frottis dans notre contexte.

Nous avons réalisé une étude transversale de Décembre 2009 à Décembre 2013, qui nous a permis de faire le point des différentes campagnes de dépistage dans trois zones du Mali.

La cible était la population féminine sexuellement active surtout que le mariage précoce est une réalité dans notre contexte la tranche d'âge de 12 à 96 ans.

3- Age

Dans notre étude l'âge moyen était de 33,11 ans avec des extrêmes allant de 12 à 96 ans. Nos résultats se rapprochent ceux de Konaté Ben 2013 au Mali qui a enregistré 17 et 96 ans.

Nos résultats diffèrent de ceux de Megavand et al en 1996 en Afrique du sud avec 20 et 83 ans.

Il est cependant important de souligner que les tests visuels sont moins efficaces chez la femme après la ménopause en raison de la latence de la JPC à retirer à l'intérieur de l'orifice cervical (OC) et les cellules exocervicales sont pauvres en glycogène, rendant l'observation des lésions difficiles.

Plus de la moitié de nos patientes sont venues d'elles-mêmes pour la visite de dépistage.

4- Positivité des tests

Notre étude a trouvé une prévalence de positivité à l'acide acétique de 6.8%, 5.2% et 6.7% dans les 3 zones, d'autres auteurs ont trouvé 16.3% (Konate a), 3,1% (Megavand et al), Nene MB et al qui ont trouvé 57,3%.

Pour la positivité au lugol nous avons retrouvé respectivement 7.7%, 5.0% et 7.7% dans les 3 zones par contre d'autres ont retrouvé 17.9% (Konate a), 8,2% (Diallo D), 17,8% (Sankaranarayanan).

5- Prévalence des lésions

-Les cervicites

2.6%, 1.9% et 2.5% à Bamako, Kayes et Kita ; d'autres études ont retrouvé 14.2% (Konaté a), 03.6% (Romaine R), 17.1% (Teguete et al).

-Les dysplasies de bas grade,

Nous avons eu respectivement dans les zones 2.3%, 1.3% et 2.5% ; d'autres auteurs ont trouvé 24.31% (Konaté a), 2.0% (Romaine R), 2.0% (Teguete et al), 2% (Saloney N).

-Les dysplasies de haut grade,

Elles représentaient 1.30%, 1.0% et 0.6% dans les zones respectives, contrairement à d'autres qui ont eu 18.57%(Konaté a), 1.6%(Romaine R), 3.1%(Teguate et al), 12%(Saloney N), Sankaranarayanan et al retrouve respectivement 1.6%(Burkina faso), 2.1%(Kolkata A), 0.7%(Kolkata B), 5.2%(Congo), 1.0%(Guinea), 1.0%(Jaipur),2.0%(Mali),1.5%(Mumbai), 0.6%(Niger), 3.2%(Thiruvananthapuram A), 1.2%(Thiruvananthapuram B), 1.9%(All).

-Le cancer invasif,

Notre étude a retrouvé 0.0%, 0.2% et 0.2% dans les 3 zones respectives alors d'autres retrouvèrent 26.77%(Konaté a), 0%(Romaine R), 2.4%(Teguate et al), 1.2%(Saloney N), 0.4%(Sankaranarayanan et al), 0,2%(CronjéHS,2001,SankaranarayananR, 2003)et2,5% (Millongo).

6- Prise en charge

Au cours de notre étude, la prise en charge s'est effectuait principalement au CHU Gabriel Touré qui est le centre de référence dans la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au Mali. Nous avons orienté vers le CHU Gabriel Touré 416 femmes pour une prise en charge qui dans la majorité des cas ont reçu des traitement à base d'antibiothérapie seulement.

Nous avons réalisé 57(0.5%) cas de résection à l'anse diathermique dont 20(8.8%)CIN1, 27(25.6%)CIN2 et 10(32.3%)CIN3 ; 04(44.4%) cas de WERTHEIM et 05(55.6%) de Radiothérapie.

Nos résultats diffèrent de ceux de Diallo D qui a trouvé 1,5% de cryothérapie,

0,1% de RAD et 0,7% de chirurgie. Cela peut être dû au fait qu'elle a comparé le nombre de femmes ayant fait le traitement par rapport à l'ensemble de la population d'étude et non par rapport aux femmes ayant présentées des anomalies, cependant une révision de ses chiffres montre 25,6% de cryothérapie,

2,5% de RAD, 13% de chirurgie ; ce qui dénote d'une nette amélioration dans la prise en charge ces deux dernières années.

Nos résultats ne concordent pas avec ceux de Basu et al, qui ont traité 58,2% (71/122) de patientes présentant des lésions de haut grade par la cryothérapie (39,3%), la RAD (16,4%), la conisation (2,4%).

IV CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur 1 144 5 patientes dépistées, nous pouvons retenir que le cancer du col constitue un véritable problème de santé publique.

Les campagnes de masse jouent certainement un rôle déterminant dans la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

Le besoin est donc urgent d'organiser, au Mali, des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, utilisant une méthodologie qui soit acceptable en terme de coût et d'efficacité.

La population se sent concernée par le cancer et les campagnes d'éducation pourront les sensibiliser.

Un projet pilote doit être conçu sur toute l'étendue du Mali selon les directives de l'OMS par ces méthodes d'inspection visuelle.

Dont l'objectif sera d'évaluer l'applicabilité et le rapport coût/efficacité des méthodes d'inspection visuelle pour la détection précoce du cancer du col de l'utérus. Ce programme permettra, je l'espère, de diminuer l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus au Mali.

V- RECOMMANDATIONS

1–Aux autorités politicoadministratives et sanitaires

- Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays par la mise en place d'une campagne de masse.
- Former le personnel médical et paramédical en dépistage du cancer du col de l'utérus.
- L'équipement et la dotation des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie en matériel 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.
- La disponibilité du matériel de dépistage et du traitement surtout de la radiothérapie pour améliorer la survie post-chirurgicale.
- L'intégration des données du registre des cancers aux données du système national d'information sanitaire.

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

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

3–Aux prestataires des services de dépistage

- Faire une formation continue et permanente à la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Proposer des dépistages systématiques du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels réguliers.
- Intégrer le dépistage dans les activités quotidiennes en terme de santé de la reproduction.

- L'enregistrement et la tenue correcte des supports de travail.
- Prendre le contact téléphonique de toutes les patientes dépistées.
- Renforcer la communication pour le changement de comportement à l'endroit des femmes sous traitement dans le but de promouvoir un meilleur suivi

4–Aux femmes

- De fréquenter les centres de santé et se soumettre au dépistage du cancer du col de l'utérus
- 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 qu'ils ont remis.

VIREFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adjahoto IO.

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.

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.

Anonyme.

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

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

An analysis of the factors involved in the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 468-473.

Bastien H, Cinquin Ph, Cayot F, Cabanne F, et Mottot C.

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

Basu P.S, Sankaranarayanan R, Mandal R, Roy C, Choudhury D,

Bhatta Charya Det al.

Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical neoplasia in Kolkata, India. Int J Gynecol Cancer 2003, 13, 626-632.

Bayo S, Parkin DM, Koumaré AK, Diallo AN, Ba T, Soumaré S & Sangaré

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

Belinson J.L, Pretorius R.G, Zhang W.H, Wu Ly, Qiao Y.L, and Elson P.

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

Chirenje Z.M, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S, Gaffikin,

Blumenthal P, Sanghvi I.

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

CIRC:

Centre international de recherches sur le cancer, rapport bienale 1996-1997.

Téguété I.

Mémoire de fin de stage de Gynécologie et Obstétrique; 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. Année 2002 P10.

Koné G.

Bilan de dépistage du cancer de col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle, de Janvier 2008 à Décembre 2008 au CSREFCIV de Bamako. Thèse de Médecin 2009.

Ferlay J, Parkin DM, Pisani P. GLOBOCAN: cancer incidence and mortality worldwide, IARC Cancer Base 3, International Agency for Research on Cancer, 1998, Lyon.

Parkin DM, Pisani P and Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 80 : 827-841.

World Health Organisation. Cervical Cancer Control in Developing Countries:

Memorandum from a WHO Meeting. *Bull World Health Organisation* 1996; 74(4): 345-351

Michel G, Castaigne D, Luton D. Cancer du col de l'utérus. *La revue du praticien* 1996; 46: 605-613.

Schiffman MH, Brinton LA. The epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer* 1995; 76 (10 suppl): 1888-1901.

Bosch FX, Manos MM, Munoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, Schiffman MH, Moreno V, Kurman R, Shah KV. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87(11) :796-802.

Pereira R, Renard A, Boulbair F, Touboul E, Lefranc JP. Infiltrating Carcinoma of the uterine cervix : epidemiology, prognostic factors, therapeutic strategies. *Bull Cancer* 1998 ; suppl 2 : 25-36.

Mbakop A, Yomi J, Yankeum J, Mouelle Sone A. Localisation des cancers chez les hommes et les femmes âgés de plus de 50 ans au Cameroun. *Bull Cancer* 1997; 84 (12) : 1119-1122.

Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *Br J Cancer* 1985; 52 (4): 669-673.

Wright TC Jr, Denny-Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA Testing of Self-collected Vaginal Samples Compared With Cytologic Screening to Detect Cervical Cancer. *JAMA* 2000; 283 (1): 81-86.

Luthra UK. Screening for cervical cancer in developing countries; need for new thinking. *Cytopathology* 1995; 6 (2): 71-74.

World Health Organisation. Control of cancer of the cervix uteri: a WHO meeting. *Bull World Health Organisation* 1986; 64: 607-618.

Sankaranarayanan R, Black R and Parkin DM. An Overview of cancer survival in developing countries. *IARC Sci Publ* 1998 ; 145 : 19-25.

Coleman MP, Esteve J, Damiecki P, Arslan A, Renard H. Trends in Cancer Incidence and Mortality. IARC Sci Pub 1993; 121 : 1-806.

Chou P, Chen V. Mass screening for cervical cancer in Taiwan from 1974 to 1984. Cancer 1989; 64 (4) :962-968.

Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Organisation 2001 ; 79 (10) : 954-962

Jayant K, Rao RS, Nene BM, Dale PS. Improved stage at diagnosis of cervical cancer with increased cancer awareness in rural Indian Population. Int J Cancer 1995; 63 (2): 161-163

Boon ME, Schwinghammer H, van der Veen G. Analysis of Lifestyle Data and Cytologic Findings in a Pilot Cervical screening Project in Rural Vietnam. Acta Cytol 1999; 43(5) : 786-793.

Naud P, Bozzetti MC, Prolla JC, Becker Jr E, Camozzato A, Siegle R, Duarte TP, Zanatta Filho PP, Lima GB, Cavagnoli J, Mattos JC, Timm AR, Filho CI. Screening in Cervical Cancer Prevention in Porto Alegre, Brazil : The Experience of a Programme. In : Franco E, Monsonogo J, editors. New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Oxford :Blackwell Science;1997; p. 250-261

Sankaranarayanan R, Syamalakumar B, Wesley R, Somanathan T, Chandralekha B, Scree Devi Amma N, Parkin DM. Visual Inspection as a Screening Test for Cervical Cancer Control in Developing Countries. In : Franco E, Monsonogo J, editors. New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Oxford :Blackwell Science ;1997, p. 411-421

Fernandez Garrote L, Lence Anta JJ, Cabezas Cruz E., Romero T, Camacho R. Evaluation of the cervical cancer control program in Cuba. Bull Pan Am Health Organ 1996 ; 30 (4) : 387-391.

Castellano C, Barriga O, Galdos R. Carcinoma del cuello uterino como problema de salud publica en el Peru. Diagnostico 1981; 7: 15-26.

Santos C, Galdos R, Alvarez M, Velarde C, Barriga O, Dyer R, Estrada H, Almonte M. One-Session Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Solution for Developing Countries. Gynecol Oncol 1996; 61 (1): 11-15.

Herrerro R., Schiffman MH, Hildesheim C, and al. Is Cervical Cancer Cytological Screening Valuable in Developing Countries? In : Franco E, Monsonogo J, editors. New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Oxford :Blackwell Science;1997, p. 241-249

University of Zimbabwe. Visual Inspection with acetic acid for cervical-cancer screening : test qualities in a primary-care setting. Lancet 1999 ; 353 :869-873.

Fonn S. A cervical screening strategy for South Africa. S Afr Med J 1994; 84 (9): 627, 629-630.

South African National Cancer Registry Annual Report (1989).

Gordon Grant MC. Ca cervix: a crying need for extensive screening. Hospital 1987; September: 36-40.

Mégevand E, Denny L., Dehaeck K, Soeters R., Bloch B. Acetic Acid Visualisation of the cervix : an Alternative to Cytologic Screening. Obstet Gynecol 1996; 88 (3) : 383-386.

Abrahams N, Wood K, Jewkes R. Barriers to cervical screening: women's and health workers' perception. Curationis 1997; 20 (1): 50-52.

Miller A, Nazeer S, Fonn S, Brandup-Lukanow A, Rehman R, Cronje H, Sankaranarayanan R, Koroltchouk V, Syrjänen K, Singer A, Onsrud M. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. Int J Cancer 2000; 86:440-447.

Heystek MJ, de Jonge ET, Meyer HP, Lindeque BG. Screening for cervical neoplasia in Mamelodi, lessons from an unscreened population. S Afr Med J 1995; 85 (11): 1180-1182.

Machoki JM, Rogo KO. Knowledge and attitudinal study of Kenyan women in relation to cervical carcinoma. Int J Gynaecol Obstet 1991; 34 (1): 55-59 .

Woto-Gaye G, Critchlow C, Kiviat N, Ndiaye PD. Le dépistage cytologique des cancers du col utérin en Afrique noire: quelles perspectives? Bull Cancer 1996; 83 (5): 407-409.

Schneider V, Henry M, Jimenez-Ayala M, Turnbull L, Carr Wright T. Cervical cancer screening, screening errors and reporting. Acta Cytol 2000 ; 45 :493-498.

Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. Br J Cancer 1985; 52 (4): 669-673.

Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in Nordic countries. In : Magnus K. ed. Trends in Cancer Incidence. Causes and Practical Implications. Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation 1982; p. 279-292.

Läärä E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. Lancet 1987; 1 (8544):1247-1249.

Wilson S, Woodman C. Assessing the Effectiveness of Cervical Screening. Clin Obstet Gynecol 1995; 38(3): 577-584.

Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. *Int J Cancer* 1990 ; 46 : 761-769.

Vassilakos P, De Marval F, Munoz M. Dépistage du cancer du col utérin, les frottis faux négatifs. *Rev Med Suisse Romande* 1997; 117 (8): 597-601.

Mc Googan E, Reith A: Would monolayers provide more representative samples and improved preparations for cervical screening? Overview and evaluation of systems available. *Acta Cytol.* 1996; 40: 107-119.

Eddy DM. Screening for cervical cancer. *Ann Intern Med* 1990 Aug 1;113(3):214-26.
Federation of Obstet Gynaecol Societies of India, May 1993, Screening for Cervical Cancer. No. 3.

Kristensen GB, Skyggebjerg KD, Holund B, Holm K, Hansen MK. Analysis of cervical smears obtained within three years of the diagnosis of invasive cervical cancer. *Acta Cytol* 1991 Jan-Feb; 35(1):47-50

Vassilakos P, Cossali D., Albe X, Alonso L, Hohener R, Puget E. Efficacy of Monolayer Preparations for Cervical Cytology. *Acta Cytol* 1996; 40 (3): 496-500.

Hutchinson MI, Zahniser DJ, Sherman ME, Herrero R, Alfaro M, Bratti MC, et al. Utility of liquid-based cytology for cervical carcinoma screening. Results of a population-based study conducted in a region of Costa Rica with a high incidence of cervical carcinoma. *Cancer Cytopathol* 1999 ; 87:48-55.

Marshall Austin R, Ramzy I. Increased detection of Epithelial Cell Abnormalities by LiquidBased Gynecologic Cytology Preparations. A review of accumulated data. *Acta Cytol* 1998 ; 42 (1) : 178-184.

Howell LP, Davis RL, Belk TI, Agdigos R, Lowe J. The AutoCyte Preparation System for Gynecologic Cytology. *Acta Cytol* ; 42 (1) : 171-177.

Bolick DR, Hellman DJ: Laboratory implementation and efficacy assessment of the ThinPrep cervical cancer screening system. *Acta Cytol* 1998; 42: 209-213.

Papillo JL, Zarka MA, St.John TL: Evaluation of the ThinPrep Pap test in clinical practice: A seven-month, 16314-case experience in northern Vermont. *Acta Cytol*, 1998; 42: 203 208

Wilbur DC, Facik MS, Rutkowski MA, Mulford DK, Atkinson KM. Clinical trials of the CytoRich specimen-preparation device for cervical cytology : Preliminary results. *Acta Cytol* 1997;41 (1):24-29.

Lee KR, Ashfad R, Birdsong GG, Corkill ME, McIntosh KM, Inhorn SL: Comparison of conventional Papanicolaou smears and a fluid-based, Thin-layer system for cervical cancer screening. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 90: 278-284.

Sawaya GF, Grimes DA. New technologies in cervical cytology screening: a word of caution. *Obstet Gynecol* 1999 ; 94 Suppl 2 : 307-10.

Vassilakos P, Schwartz D, de Marval F, Yousfi L, Broquet G, Mathez-Loic F, Campana A, Major A. Biopsy-Based Comparison of Liquid-Based, Thin-Layer Preparations to Conventional Pap Smears. *J Reprod Med* 2000; 45 (1): 11-16.

McCord ML, Stovall TG, Summitt RL, Ling FW: Discrepancy of cervical cytology and colposcopic biopsy: Is cervical conization necessary? *Obstet Gynecol* 1991; 77: 715-719.38.

Richart RM, Wright TC. Controversies in the management of low-grade cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer* 1993; 71: 1413-1421.

Ismail SM, Colclough AB, Dinnen JS, Eakins D, Evans DMD, Gradwell E, O'Sullivan JP, Summerell JM, Newcombe RG: Observer variation in histopathological diagnosis and grading of cervical intraepithelial neoplasia. *BMJ* 1989; 298: 707-710.

Adami HO, Ponten J, Sparen P, Bergstrom R, Gustafsson L, Friberg LG. Survival trend after invasive cervical cancer diagnosis in Sweden before and after cytologic screening. *Cancer* 1994; 73 (1) : 140-147.

Stjernsward J, Eddy D, Luthra UK, Stanley K. Plotting a new course for cervical cancer screening in developing countries. *World Health Forum* 1987;8 (1): 42-45.

Miller AB. Cervical cancer screening programmes : Managerial guidelines 1992; Geneva : World Health Organisation.

Singh V, Sehgal A, Luthra UK. Screening for cervical cancer by direct visual inspection. *BMJ* 1992; 304 (6826) :534-5.

Nene BM, Deshpande S, Jayant K, Budukh AM, Dale PS, Deshpande DA, Chiwate AS, Malvi SG, Deokar S, Parkin DM, Sankaranarayanan R. Early Detection of cervical cancer by visual inspection: A population-based study in rural India. *Int J Cancer* 1996; 68(6) : 770-773.

Wesley R, Sankaranarayanan R, Mathew B, Chandralekka B, Aysha Beegum A, Amma NS, Nair MK. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *Br J Cancer* 1997; 75(3): 436-440.

Sehgal A, Singh V, Bhambhani S, Luthra UK. Screening for cervical cancer by direct inspection. *Lancet* 1991; 338 (8762) : 282

Bhargava VL, Verma K, Sharma R, Batra S, Anandalakshmy PN. A hospital-based study on the use of paramedical personnel for clinical downstaging of cancer cervix. *Indian J Med Res* 1993; 98 :65-68.

Chirenje ZM, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S. Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. *Cent Afr J Med* 1999 Feb; 45(2):30-3.

Averette HE, Steren A, Nguyen HN. Screening in gynecologic cancer. *Cancer* 1993 Aug;72 (3 Suppl):1043-9.

Szarewski A, Cuzick J, Edwards R, Butler B, Singer A. The use of cervicography in a primary screening service. *Br J Obstet Gynaecol* 1991 Mar; 98(3): 313-7.

Kesic VI, Soutter WP, Sulovic V, Juznic N, Aleksic M, Ljubic A. A Comparison of cytology and cervicography in cervical screening. *Int J Gynecol Cancer* 1993; 3 (6): 395-398.

Lonky NM, Edwards G. Comparison of chemiluminescent light versus incandescent light in the visualization of acetowhite epithelium. *Am J Gynecol Health* 1992; 6: 11-15.

Cronje HS, Van Rensburg E, Cooreman BF, Niemand I, Beyer E. **Speculoscopy vs.** Acetic acid test for cervical neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 69 (3) : 249-253.

Wunderman I, Coppleson M, Skladnev VN, Reid BL. **Polarprobe:** a precancer detection instrument. *J Gynecol Technique* 1995; 1: 105-109.

Cuzick J, Szarewski A, Terry G, Ho L, Hanby A, Maddox P, Anderson M, Kocjan G, Steele ST, Guillebaud J. Human papillomavirus testing in a primary cervical screening. *Lancet* 1995; 345(8964) : 1533-1536.

Harper DM, Hildesheim A, Cobb JL, Lorincz A, Greenberg M, Vaught J, Lorincz AT. Collection Devices for Human Papillomavirus. *J Fam Pract* 1999; 48 (7): 531-535.

Serwadda D, Wawer M, Shah K, Sewankambo NK, Daniel R, Li C, Lorincz A, Meehan MP, Wabwire-Mangen F, Gray RH. Use of Hybrid Capture Assay of Self-Collected Vaginal Swabs in Rural Uganda for Detection of Human Papillomavirus. *J Infect Dis* 1999; 180 (4) : 1316-9.

H. Mignotte, D. Perol, B. Fontanière, L.-P. Nachury, C. Lasset. La participation du corps médical à une expérience de dépistage de masse du cancer du col utérin.

Konaté B. Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au chu Gabriel-Touré et aux csref des CIV et V du district de Bamako.

Romaine R, Etude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région rurale camerounaise

I. TEGUETE, Y. TRAORE, N. MOUNKORO, T. DOLO, A. SISSOKO, A. FOMBA, M. DJIRE, CB. TRAORE, B. KAMATE, B. KEÏTA, MD. SOUMARE, M. TOURE, M. TRAORE, S. BAYO, A. DOL.

Dépistage du cancer du col utérin au Mali : huit années d'expérience et de perspectives.

Millongo FT, Akotianga M, Lankoande

L. Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso). VII^e congrès de la SAGO et II^e congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.

World Health Organization Injuries and violence prevention: a public health approach [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 12 May 2004]. Available from: URL:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/public_health/approach/en/.

Annexe1: (un simple résumé de l'étude à dire aux participantes)

Vous êtes invitée à participer à une étude de recherche dans votre communauté ayant pour objectif de déterminer des moyens de prévention et de détection précoce appropriés des précurseurs du cancer du col de l'utérus (colutérin). Le cancer du colutérin est le cancer le plus fréquent chez les jeunes femmes et les femmes d'âge moyen dans notre communauté. Il se développe à partir de modifications survenant dans les couches de cellules superficielles du revêtement de surface du col, modifications provoquées par une infection due à certains germes. Si ces modifications touchent les cellules de surface, sont détectées de façon précoce, le cancer peut être stoppé et soigné par une simple opération chirurgicale consistant à éliminer ces couches de cellules.

Au cours de ce programme, des soignants de sexe féminin faisant partie de cette étude de recherche vous poseront quelques questions sur votre santé et votre famille. Vous serez également examinée par une soignante et par des médecins, afin d'observer d'éventuelles modifications dans les couches de cellules superficielles du colutérin.

Ces examens permettent l'observation de la surface du col avant et après application de certains liquides (une solution d'acide acétique et ou une solution iodée) pour faciliter la détection d'une quelconque modification de ces cellules ; on vous conseillera de subir un examen colposcopique; cet examen permet l'observation visuelle du col utérin à l'aide d'une loupe et il peut être accompagné d'une biopsie (petit prélèvement de tissu) du col afin d'effectuer au microscope un examen plus complet, si une quelconque anomalie est repérée lors de l'examen colposcopique.

Si grâce à ces examens, une anomalie dans le revêtement de surface du col utérin a pu être identifiée, vous en serez informée et un traitement approprié vous sera conseillé.

Le traitement peut consister en la prise de médicaments ou une cryothérapie (destruction de la partie malade du col par le biais de sondes métalliques glacées) ou élimination de la partie malade par chirurgie mineure ou chirurgie majeure et/ou radiothérapie, en cas d'anomalie (infection/précancer/cancer/complications).

Les informations que vous fournissez lors de l'interrogatoire seront confidentielles et seul le personnel de santé participant à l'étude y aura accès, de façon que votre identité ne puisse être connue par une personne étrangère à cette étude.

Votre participation à cette étude ne vous portera aucun préjudice et n'aura pas à votre santé.

Votre participation peut non seulement permettre une amélioration des soins médicaux pour les femmes dans l'avenir mais elle peut également vous être directement bénéfique, soit en excluant la présence de précurseurs de cancer, soit en permettant la prévention d'un cancer du col.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire, vous êtes libre de refuser d'y participer ou de répondre à certaines questions si vous ne souhaitez pas y répondre. Vous êtes également libre de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, si vous ne souhaitez pas continuer d'y participer. Si vous refusez de participer à cette étude, ou si vous vous en retirez par la suite, cela n'aura aucune incidence sur les soins médicaux de routine dont vous pouvez bénéficier au centre de soins primaires ou dans les hôpitaux gouvernementaux.

Annexe2: consentement éclairé

Le médecin/l'agent soignant m'a expliqué de façon détaillée en quoi consistait cette étude sur la détection précoce et la prévention du cancer du col utérin. Je comprends que les tests suivants seront réalisés pour détecter ou exclure la présence de précancer/cancer dans le col de l'utérus:

- Observation de la surface du col après application de certains liquides (solution d'acide acétique ou solution iodée)

- Observation de la surface du col à l'aide d'un colposcope

- Biopsie (petit prélèvement de tissu) afin d'en faire l'examen microscopique.

Je comprends que les informations ainsi obtenues seront confidentielles et auront pour objectif de déterminer l'utilité de ces tests dans la prévention du cancer du col. Je comprends que ces procédures sont en général inoffensives mais qu'elles peuvent, parfois, entraîner de légères complications comme des saignements ou une infection, qui peuvent être soignés de façon satisfaisante.

Je comprends que je serais soigné(e) par des médicaments ou par cryothérapie

(destruction de la partie atteinte du col par le biais de sondes métalliques

glacées) ou par l'exérèse de la portion malade par chirurgie mineure ou par chirurgie majeure et/ou par radiothérapie, en cas d'anomalie (infection/pré cancer/cancer/complications).

J'exprime par la présente ma volonté de participer à cette étude et de me soumettre à ces tests et au traitement, si nécessaire.

OU

Je ne souhaite pas me soumettre aux procédures mentionnées ci-dessus.

Annexe3:

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali- Centre International de Recherches sur le Cancer (CIRC)-Lyon

Visite de dépistage & traitement au CSR (F2)

Nom:.....	Nom de jeune fille:.....
.....Prénom:.....	
ID Individuel: Centre [][] - Année [][] - Individu [][][][]	
Date de naissance: [][]/[][]/[][][][] Age au dernier anniversaire: [][]	
ADRESSE: Commune: Quartier:	
autres détails:.....	
..... Téléphone:.....	

1. Centre de dépistage: [][][]
 2. Date de la visite: [][]/[][]/[][][][]
 3. Référence du dossier du patient.....
 4. Type de visite: (1 : Visite de dépistage, 2: Orienté par un CSCOM, 3: Visite pour effets secondaires) []
- Visite de dépistage*-----
5. Date des dernières menstruations: (1: <1 mois, 2: 1-3 mois, 3: 3-12 mois, 4: >12 mois) []
 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. JSC visible? (1: Complètement, 2: Partiellement, 3: Pas du tout) []
 10. Résultat d'IVA: (0: Non effectué, 1: Négatif, 2: Positif, 3: Suspicion de cancer) []
 11. Résultat d'IVL: (0: Non effectué, 1: Négatif, 2: Positif, 3: Suspicion de cancer) []
 12. Nom du personnel ayant effectué l'IV : [][]
- Femmes positives*-----
13. Résultat de Colposcopie: (0: Non effectué, 1: Normal, 2: Inflammation, 3: Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie/changement à VPH; 4: CIN2-3, 5: Carcinome invasif, 8: Non concluant) []
 14. Pris de biopsie: (1: Oui, 2: Non) []
 15. Diagnostic histologique (reçu du laboratoire):
Référence labo...... [][] (0:
 Non disponible 1: Normal, 2: Inflammation/cervicite 3: Atypie, 4: CIN1/infection à VPH, 5: CIN2, 6: CIN3,
 7: Cancer invasif à cellules squameuses, 8: Adénocarcinome invasif, 9: Non concluant)
 16. Action effectuée: (1: Rassuré et conseil d'un nouveau test après 10 ans, []
 2: Cryothérapie, 3: RAD, 4: Electro-cautérisation, 5: Orienté vers l'hôpital Gabriel Touré)
 17. Nom du gynécologue:..... [][]
- Effets secondaires*-----
18. Effets secondaires (cocher la/les case(s)): Douleur abdominale incessante > 2 jours Fièvre > 3 jours
 Saignement avec passage de caillots sanguins odorante excessive Autre.....
 19. Diagnostic clinique: (1: Sain, 2: Autre.....) []

20. Action clinique effectuée: (1:

Rassuré, 2: Prise en charge médicale (antibiotiques, analgésiques, ...), 3: Autres.....)

[]



Rapport histologique (F4)

Nom:.....**Nom de jeune fille:**
.....

Prénom:.....

ID Individuel: Centre [][] - Année [][] - Individu [][][]

Date de naissance: [][]/[][]/[][][] **Age au dernier anniversaire:** [][]

ADRESSE: Commune: **Quartier:**
autres détails:

..... **Téléphone:**

-----**Partie à remplir au prélèvement de l'échantillon**-----

1. Date d'envoi du spécimen: [][]/[][]/[][][]

2. Centre demandeur: [][][]

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

4. Urgent? (si oui, étiquette jaune) (1: Oui, 2: Non) []

5. Date de réception du spécimen: [][]/[][]/[][][]

6. Date d'envoi du rapport: [][]/[][]/[][][]

7. Nom du pathologiste:

8. Diagnostic histologique: **Référencelabo** [][]
(1: Normal, 2: Inflammation/cervicite 3: Atypie, 4: CIN1/infection à VPH, 5: CIN2, 6: CIN3,
7: Cancer invasif à cellules squameuses, 8: Adénocarcinome invasif, 9: Non concluant)

9. Commentaires:

.....
.....
.....
.....
.....

F RESIGNALÉTIQUE FICHE SIGNALITIQUE



NOM: TRAORE

PRENOM : Sidy

TITREDETHESE: Principales leçons de campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.

ANNEEUNIVERSITAIRE: 2016-2017

VILLEDESOUTENANCE: Bamako

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEUDEDEPOT: Bibliothèque de la FMOS de Bamako

SECTEUR D'INTERET: Anatomie Pathologique, Gynécologie, Santé Publique

RESUME

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement, dans la mesure où le frottis cervico-vaginal n'est pas toujours disponible dans certains cas. La solution serait le dépistage systématique et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses, par les méthodes d'inspection visuelle, qui sont plus accessibles.

Notre étude a été réalisée de façon descriptive et transversale pendant 05 années, après l'inspection visuelle du col suite à la coloration à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL) dans trois zones du Mali portant sur 11445 femmes.

Les résultats obtenus sont les suivants:

La tranche d'âge la plus touchée est de 20-29 ans

L'âge moyen était 33.11 avec des extrêmes allant de 12 à 96 ans

Positivité était respectivement de 6.8%, 6.7% et 5.2% pour l'IVA et de 7.7%, 7.7% et 5.0% pour l'IVL dans les 3 zones (Bamako, Kita et Kayes).

Après l'histologie, 257 ont présenté des LIEBG soit 2,2%. 132 avaient une LIEHG soit 1,2% et 10 ont présenté un cancer invasif soit 0,1%.

483 femmes ont été traitées.

Les techniques de traitement des lésions ont été l'antibiothérapie, la RAD/Co nisation (1.8%).

Tous les cas de cancer invasif diagnostiqués ont été traités chirurgicalement si le stade clinique le permettait (0,01%) et d'autres par radiothérapie (0.1%)

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

Motsclés: Col, lésions dysplasiques et cancéreuses, IVA, IVL.
SERMENT D'HIPPOCRATE

==ooOoo==

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

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

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

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

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

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

+ Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

+ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle

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

JE LE JURE

PRENOMS : Sidy

ANNEE ACADEMIQUE : 2016 - 2017

PAYS D'ORIGINE : M

TITRE : Principales leçons de campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEURS D'INTERET : Anatomie Pathologique, Gynécologie, Santé Publique

RESUME :

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement, dans la mesure où le frottis cervico-vaginal n'est pas toujours disponible dans certains cas. La solution sera le dépistage systématique et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses, par les méthodes d'inspection visuelle, qui sont plus accessibles.

Notre étude a été réalisée de façon descriptive et transversale pendant 05 années, après l'inspection visuelle du col suite à la coloration à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL) dans trois zones du Mali portant sur 11445 femmes.

Les résultats obtenus sont les suivants:

La tranche d'âge la plus touchée est de 20-29 ans

L'âge moyen était 33.11 avec des extrêmes allant de 12 à 96 ans

Positivité était respectivement de 6.8%, 6.7% et 5.2% pour l'IVA et de 7.7%, 7.7% et 5.0% pour l'IVL dans les 3 zones (Bamako, Kita et Kayes).

Après l'histologie, 257 ont présenté des LIEBG soit 2,2%. 132 avaient une LIEHG soit 1,2 % et 10 ont présenté un cancer invasif soit 0,1%.

483 femmes ont été traitées.

Les techniques de traitement des lésions ont été l'antibiothérapie, la RAD/Co nisation (1.8%).

Tous les cas de cancer invasif diagnostiqués ont été traités chirurgicalement si le stade clinique le permettait (0,01%) et d'autres par radiothérapie (0.1%)

Compte tenu de la facilité pratique du 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 dysplasiques et cancéreuses, IVA, IVL.

