

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 -2021

Mémoire N°:/...../

MEMOIRE

**CANCER DU COL DE L'UTERUS STADE AVANCE : ASPECTS
EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET THERAPEUTIQUES DANS LE
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL**

Présenté et Soutenu publiquement le 07 /02 /2022 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Oumar dit Noumory Diakité

Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisée en Gynéco-Obstétrique (Diplôme d'Etat)

JURY

Président du jury	: Pr. Niani Mounkoro
Membre du jury	: Pr. Ibrahima Tegueté
Membre du jury	: Pr. Youssouf TRAORE
Membre du jury	:Pr.Thera Augustin Tionkani

DEDICACES

In memorium

A mon petit frère MDL Alassane Diakité gendarme tombée Sur le champ de l'honneur le 19 Aout 2020 l'or de l'attaque de leur convoie à Boni.

Puisse le seigneur tout puissant t accordé le paradis.

Un témoignage de tout ce qui nous unit !!!

Dors en paix.

Amen

BISMILAH RAHMANI RAHIM

✓ **Au nom d'ALLAH le tout MISERICORDIEUX, le très MISERICORDIEUX**

<<GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage>>.

Louange et Gloire à ALLAH le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

✓ **A notre Prophète Mohamed ;**

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

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail à :

✓ **Mon père Mamadou Salif Diakité**

Tu as consacré le meilleur de toi-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes. Tes sages conseils et bénédictions m'accompagneront toujours. Ton soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalité de ce travail. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que le bon DIEU t'accorde encore longévité et santé auprès de nous. Tu seras toujours notre fierté.

✓ **Ma mère Marcelline NDandé N'gadzog**

Les mots ne suffiront jamais assez pour t'exprimer ici toute ma reconnaissance et mon profond attachement. Ce travail est également le tien, et surtout le couronnement de toutes tes souffrances, de tes efforts, de tes larmes versées, de ton cœur meurtri, de tes nuits d'insomnie, de tes prières et de tes sacrifices. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse ce travail témoigne l'expression de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

✓ **A mes mamans Fanta Kaba Diakité, Aminata Sissoko, Maimouna Diarra et Fatoumata Keita**

Vous avez tant souffert, vos sacrifices en notre faveur sont inestimables. Vous avez su nous aimer et lire sur nos visages, nos préoccupations tout en proposant des solutions. Vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu vous garde aussi longtemps auprès de nous,

✓ **A mon épouse : Alimatou Doumbia,**

Je n'oublierais jamais le sacrifice que tu as fait pour moi. Ton courage et ta générosité sont pour moi une source d'espoir.

✓ **A mes fils**

Mamadou dit tonton, Abdramane dit Lebeau et Issa dit Junior, chercher toujours à mieux faire que vos parents.

✓ **A mes frères et sœurs**

L'unité familiale n'a pas de prix, qu'elle demeure pour nous l'objectif premier.

Nous devons rester tous unis et solidaires à jamais. Puisse ALLAH nous Donner une longue vie.

REMERCIEMENTS

✓ **A Tous mes maîtres de l'école fondamentale, du Lycée de la Faculté de
Médecine, et d'Odonto-Stomatologie de Bamako**

Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation.

Hommages respectueux.

✓ **A mes maîtres formateurs :**

Dr Siaka Sanogo, Dr Fané Seydou Dr Bocoum Amadou, Feu Dr Traoré Boubacar, Dr Keita Mamadou Pr Samaké Aliou Dr Diassana Mama, Dr Kayentao A K Baber, Dr Adam Adiawokoye, Dr dramane Haidara, Dr Diassana Boubacar, Dr Cheikne Sylla, Dr Abdoulaye Sissoko, Dr TRAORE Soumana Oumar, Dr TRAORE Oumar Moussokoro, Dr Djiré Mohamed , Dr Ibrahima Diawara, Dr Badian Dembélé, feu Dr Ongoïba Ibrahima .

✓ **A tout le personnel**

Des services gynécologies obstétriques des CHU Gabriel Touré, Point G et Luxembourg, des CSREF des communes CV et CVI

Des cliniques, Colmed, Bayo Assa, Sorila et la Polyclinique Mohamed V

Merci pour votre étroite collaboration.

✓ **A toute la dixième promotion du DES de gynécologie obstétrique**

Que de courage, que de sacrifice, que de dévouement. Je ne saurais trouver les mots pour vous remercier.

✓ **A tous mes cadets**

Courage, persévérance, et surtout sacrifice.

✓ **Aux familles**

Diakité à Kayes, Bamako Coura, Yirimadio, Kalaban coura, Niamakoro

N'gadzog au Tchad

Doumbia à Niamakoro Tonton Abdramane et ses frères.

Pour le soutien moral et affectif.

Mes cousins, cousines, amis(es) et toute la promotion Feu Pr Anatole Tounkara
de la FMOS.

Tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du Jury

Professeur Niani MOUNKORO

- Maître de conférences de Gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Chef de département de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré
- Formateur national en soins après avortement
- Point focal national de l'initiative Francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne de gynécologie obstétrique qui vient de voir le jour sous votre impulsion.

A notre maître et membre du jury

Professeur Ibrahima TEGUETE

- Maître de conférences agrégé de Gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Chef de service de Gynécologie du CHU Gabriel Touré
- Secrétaire Générale de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)
- Coordinateur et actuel point focal du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien fait et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un Maître modèle.

Tout au long de notre cycle, nous n'avons cessé d'être impressionnés par la rigueur et la facilité avec lesquelles vous transmettez le savoir.

Nous n'oublierons jamais vos précieux conseils. Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Acceptez ici cher Maître notre sincère remerciement et notre éternelle reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)
- Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie en recherche clinique (Bordeaux II)
- Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodes et pratiques en épidémiologie (Bordeaux II)
- Titulaire d'un certificat de cancer and prévention course de la FIGO
- Vice-président de la société malienne de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Chef de la filière Sage-femme de l'institut National de Formation en Science de Santé(INFSS).

Cher Maître,

Nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.

Votre démarche diagnostic et vos connaissances scientifiques font de vous un Maître incontesté. Encadreur, dévoué pour la cause de ses élèves, votre rigueur, votre abord facile, votre grande culture scientifique et surtout votre franchise ont forcés notre admiration. En témoignage de notre reconnaissance nous vous prions cher Maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude.

A notre maître et membre du jury

Professeur Tioukani Augustin THERA

- Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G
- Ancien chef de service de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre grande qualité scientifique, votre attachement à la formation correcte de vos élèves et votre souci permanent pour l'esprit d'équipe font de vous une référence. Un maître doté d'une pédagogie et d'un sens social inestimable, c'est aujourd'hui une fierté pour nous, d'avoir appris à vos côtés.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACCP	:	L'Alliance pour la prévention du cancer du col utérin
ADN	:	Acide Désoxyribonucléique
AIS	:	Adénocarcinome in situ
ASCUS	:	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance: cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CHU GT	:	Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
CIN	:	Néoplasie intraépithéliale cervicale
CIRC	:	Centre internationale de recherche sur le cancer
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CSCom	:	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	:	Centre de Santé de Référence
DALY	:	Années de vie d'invalidité ajustées
DES	:	Diéthylstilbestrol
E1-E7	:	Régions protéiques précoces
FDA	:	Food and Drug Administration
FIG	:	Figure
FIGO	:	Fédération internationale de gynécologie et obstétrique
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
HPV	:	human papillomavirus
HR-HPV	:	HPV à haut risque
IC	:	Intervalle de confiance
IDH	:	Indice de développement humain
INRSP	:	Institut National de Recherche en Santé Publique
IVA	:	Inspection Visuelle du col après l'application de l'Acide

acétique

IVL	:	Inspection Visuelle du col après l'application de l'iode de Lugol
IRM	:	Imagerie par resonance magnetique
IMRT	:	Intensity Modulated Radiation Therapy
L1, L2	:	Régions protéiques tardives
JPC	:	Jonction Pavimento- Cylindrique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
TDM	:	Tomodensitometrie
TNM	:	Tumor/Node/Metastasis
TR	:	Toucher rectal
Tv	:	Toucher vaginal
ZR	:	Zone de remaniement
ZT	:	Zone de transformation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Taux bruts et normalisés de la mortalité selon l'âge pour 100 000 habitants par cancer du col de l'utérus.....	14
Tableau II : Classification 2018 du cancer du col de l'utérus selon la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO), d'après Bhatla et al.	26
Tableau III : Comparaison des critères de classification du cancer du col utérin selon la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) de 2014 et 2018, d'après Bekhouche A et al	27
Tableau IV : Prise en charge du cancer du col utérin : types d'hystérectomie totale	30
Tableau V: variables et sources de collecte des données.....	37
Tableau VI : Répartition des patientes selon leur régime et statut matrimonial.	41
Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de partenaire sexuel...	42
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité.....	42
Tableau IX : Répartition des patientes selon la gestité.	43
Tableau X : Répartition des patientes selon leur profession.....	43
Tableau XI : Répartition des patientes selon le VIH.	44
Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence ou non du diabète. ...	44
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le type de contraception.	45
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif de consultation.....	46
Tableau XV : Répartition des patientes selon l'état de la vulve.	46
Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'aspect de la tumeur au speculum.....	47
Tableau XVII : Répartition des patientes selon le résultat au toucher rectal.....	48
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le résultat de touché vaginal ...	49
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.	50
Tableau XX : Répartition des patientes selon le résultat de l'imagerie.....	50
Tableau XXI : Répartition des patientes selon le résultat l'examen histologique	51

Tableau XXII : Répartition des patients selon le type de l'intervention.....	53
Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'indication du traitement.....	53
Tableau XXIV : Répartition des patients selon le traitement Radio Chimiothérapie.	53
Tableau XXV : Relation entre la classification FIGO et la tranche d'âge.....	54
Tableau XXVI : Répartition des stades FIGO en fonction de la gestité.....	54
Tableau XXVII : Répartition des stades FIGO en fonction de la parité.....	55
Tableau XXVIII : Répartition des stades FIGO en fonction des personnes vivantes avec le VIH	55
Tableau XXIX : Relation entre le traitement chirurgical et radio-chimiothérapie.	56
Tableau XXX : Répartition des patientes selon la survie en mois.....	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Image montrant les différentes cellules d'un épithélium malpighien normal.....	6
Figure 2: Image montrant les cellules cylindriques	7
Figure 3 : Anatomie cervicale : Endocol, de l'exocol et de la zone jonctionnelle. IRM, coupe sagittale, séquence pondérée en T2 ; Cds : cul-de-sac.....	8
Figure 4 : Anatomie vaginale : division du vagin en trois portions. IRM, coupe sagittale, séquence pondérée en T2.....	9
Figure 5 : Anatomie pelvienne : visualisation des paramètres correspondant au tissu cellulograisieux péri cervical. IRM, séquence pondérée en T2 coupes axiales fines, perpendiculaires au col utérin	10
Figure 6: La zone de transformation.	11
Figure 7 : Estimation de l'incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde	13
Figure 8 : Estimation du taux de mortalité du cancer du col de l'utérus dans le monde	13
Figure 9 : Étape de développement du cancer du col de l'utérus.	16
Figure 10 : Cancer invasif	18
Figure 11 : Aspects macroscopiques de cancer du col.....	20
Figure 12 : Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif (15)	21
Figure 13 : Coupe histologique d'un adénocarcinome invasif	22
Figure 14 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.	40
Figure 15 : Répartition des patientes selon l'utilisation des moyens contraceptifs.....	45
Figure 16 : Répartition des patientes selon le saignement au contact.....	47
Figure 17 : Répartition des patientes selon le pus au spéculum	48
Figure 18 : Répartition des patients selon le traitement chirurgical	52

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
I. GÉNÉRALITÉS	4
1.1. Définition	4
1.2. Rappels	4
1.3. Epidémiologie du cancer du col utérin	12
1.4. DIAGNOSTIC	17
1.5. Traitement	27
1.6. Evolution et Pronostic	31
II. METHODOLOGIE	33
2.1. Cadre d'étude	33
2.2. Organisation du service.....	33
2.3. Type d'étude.....	36
2.4. Période d'étude.....	36
2.5. Population d'étude	36
2.6. Echantillonnage.....	36
2.7. Variables et sources de collecte des données.....	36
2.8. Saisie et analyse des données	38
2.9. Définitions Opérationnelles	38
2.10.Considérations éthiques	39
III. RESULTATS	40
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57
CONCLUSION	61
RECOMMANDATIONS.....	62
REFERENCES	63

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une prolifération anormale, anarchique et autonome des cellules, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions (1).

Il est le quatrième cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la quatrième cause de décès par cancer chez les femmes, avec environ 604 000 nouveaux cas et 342 000 décès dans le monde en 2020.

Bien que le cancer du col de l'utérus soit une maladie évitable en grande partie, La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen. La principale cause du cancer du col de l'utérus est une infection persistante ou chronique par un ou plusieurs types de VPH à haut risque (ou oncogéniques) couramment acquise au cours des relations sexuelles.

La prévalence en Afrique varie entre 21 % et 35 % selon les régions (1).

Le Mali est le treizième pays le plus touché par le cancer du col de l'utérus dans le monde avec une estimation de 1706 décès en 2018 et un taux de mortalité normalisé selon l'âge à 36.2 pour 100 000 habitants. IL est le 2^{ème} cancer, après celui du sein, le plus fréquent selon le registre national des cancers au Mali (2). Cela est dû au diagnostic tardif de la maladie dans la majorité des cas, Il représente la première cause de mortalité chez les femmes d'une cinquantaine d'années et la deuxième cause après la mortalité maternelle chez la jeune et la multipare (2).

Le retard de diagnostic fait que la majorité des cancers sont diagnostiqués au stade avancé rendant ainsi la prise en charge plus difficile. Une femme chez qui le cancer invasif du col de l'utérus diagnostiqué à un stade précoce peut être guéri. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histopathologique d'une biopsie. Les options de traitement comprennent la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ; ces différentes options peuvent être utilisées en combinaison.

En l'absence de traitement, un cancer invasif du col de l'utérus est pratiquement toujours mortel(3).

La chirurgie consiste à retirer une quantité variable de tissu provenant de la zone touchée par le cancer et ses environs. La chirurgie palliative est parfois réalisée lorsque le cancer est à un stade avancé afin de soulager l'obstruction des intestins ou de traiter les fistules (communication anormale entre le vagin et les organes de l'appareil urinaire ou le rectum) résultant de l'irradiation ou de l'extension du cancer primitif(3).

La radiothérapie palliative, généralement avec ou sans chimiothérapie, peut être utilisée dans de nombreuses situations comme l'unique traitement chez les femmes présentant un cancer à un stade très avancé ; pour contrôler des symptômes sévères. Les besoins en soins palliatifs sont particulièrement importants dans les lieux de forte concentration de patients atteints d'un cancer à un stade avancé, pour lesquels les chances de guérison sont minces. Les soins palliatifs peuvent contribuer à atténuer les problèmes physiques, psychosociaux et spirituels chez plus de 90 % des patients atteints d'un cancer à un stade avancé(3).

Le Mali a ainsi adopté l'initiative « week-end 70 » qui organise des dépistages gratuits chaque Vendredi et Samedi dans différents centres de santé de la capitale. D'énormes progrès restent encore à faire pour couvrir toute l'étendue du territoire et aussi l'introduction d'un programme de vaccination contre le VPH afin de lutter efficacement contre ce mal

Le département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré reçoit les patientes en provenance de toutes les structures du district de Bamako et de l'intérieure. La majorité de ces patientes sont diagnostiquées à un stade avancé rendant la prise en charge délicate c'est dans cette optique que nous avons initié mener cette étude.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus stade avancé dans le département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence du cancer du col un stade avancé.
2. Décrire caractéristiques sociodémographiques des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus à un stade avancé.
3. Décrire les caractéristiques cliniques du cancer du col de l'utérus
4. Déterminer les aspects thérapeutiques du cancer du col de l'utérus

I. GÉNÉRALITÉS

1.1. Définition

Le cancer du col de l'utérus est une prolifération anormale, anarchique et autonome des cellules, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions (1).

1.2. Rappels (4)

Le col de l'utérus, qui est la partie la plus basse de l'utérus, est une structure de forme cylindrique composée de stroma et d'épithélium. Le col mesure 3 à 4 cm de longueur et 2,5 à 3,5 cm de diamètre, il est de forme conique ou cylindrique. Il évolue au cours de la vie. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge, de la parité et, du statut hormonal de la femme.

La partie intra vaginale, l'exocol, fait saillie dans le vagin et est tapissée d'épithélium squameux (Fig. 1). L'examen visuel, il a une couleur rose pâle. Son architecture histologique révèle 5 couches qui vont de la profondeur vers la périphérie :

- une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale.
- une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineux. On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.
- une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.
- une couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS ; elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent

progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme occupé par du glycogène que le lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène,

- la zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exocervicaux.

Le canal endo cervical s'étend de l'intérieur ou à la jonction avec l'utérus jusqu'à l'ostium externe qui s'ouvre dans le vagin et est tapissé d'un épithélium cylindrique. Il est tapissé d'une muqueuse cylindrique uni stratifiée avec une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et un cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin. Il s'invagine dans le stroma cervical provoquant la formation de cryptes endocervicale. On observe parfois une prolifération localisée de l'épithélium cylindrique appelée polype qui est une excroissance rougeâtre faisant saillie à partir de l'orifice externe. Les cellules cylindriques ne produisent pas de glycogène, et ne changent pas de couleur après application de soluté de lugol.

Quasiment l'ensemble des cas de carcinome cervical ont pour origine la zone de transformation, ou zone jonctionnelle, entre la muqueuse exocervicale et la muqueuse endocervicale. La zone de transformation cervicale est la zone du col de l'utérus située entre l'ancienne et la nouvelle jonction squamocentrique.

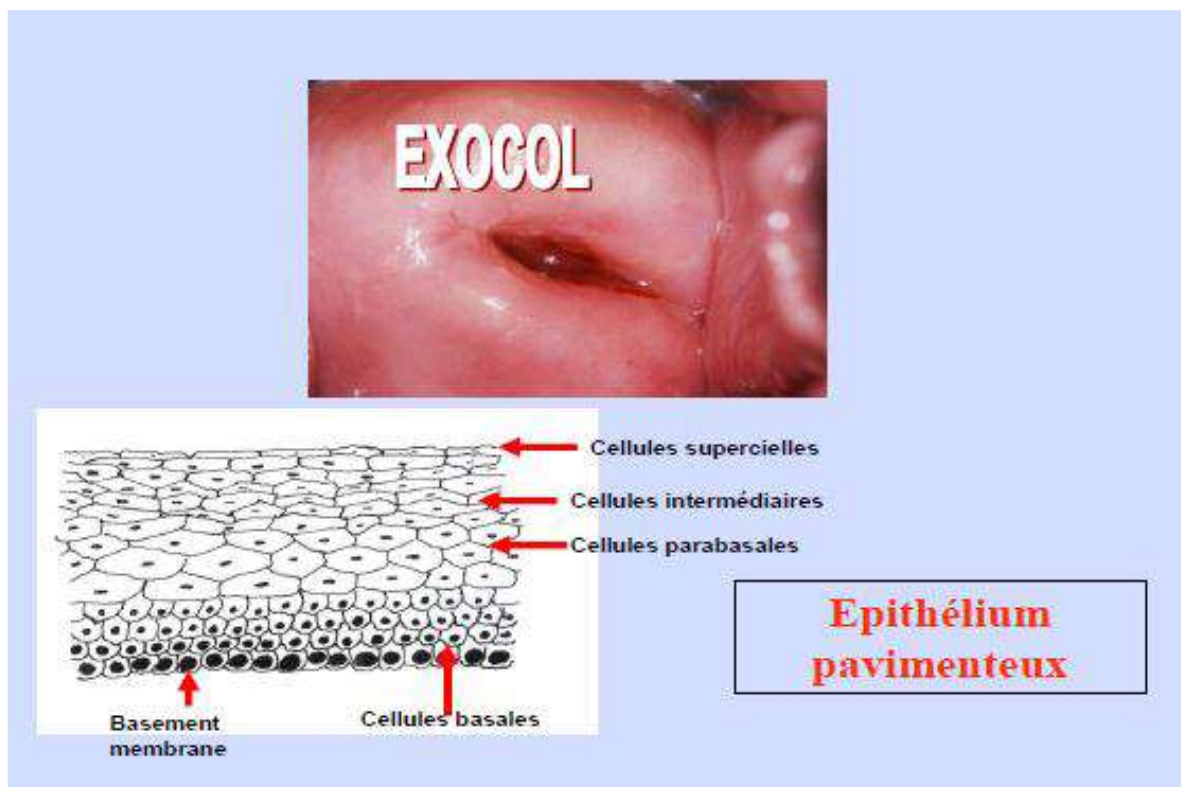


Figure 1: Image montrant les différentes cellules d'un épithélium malpighien normal

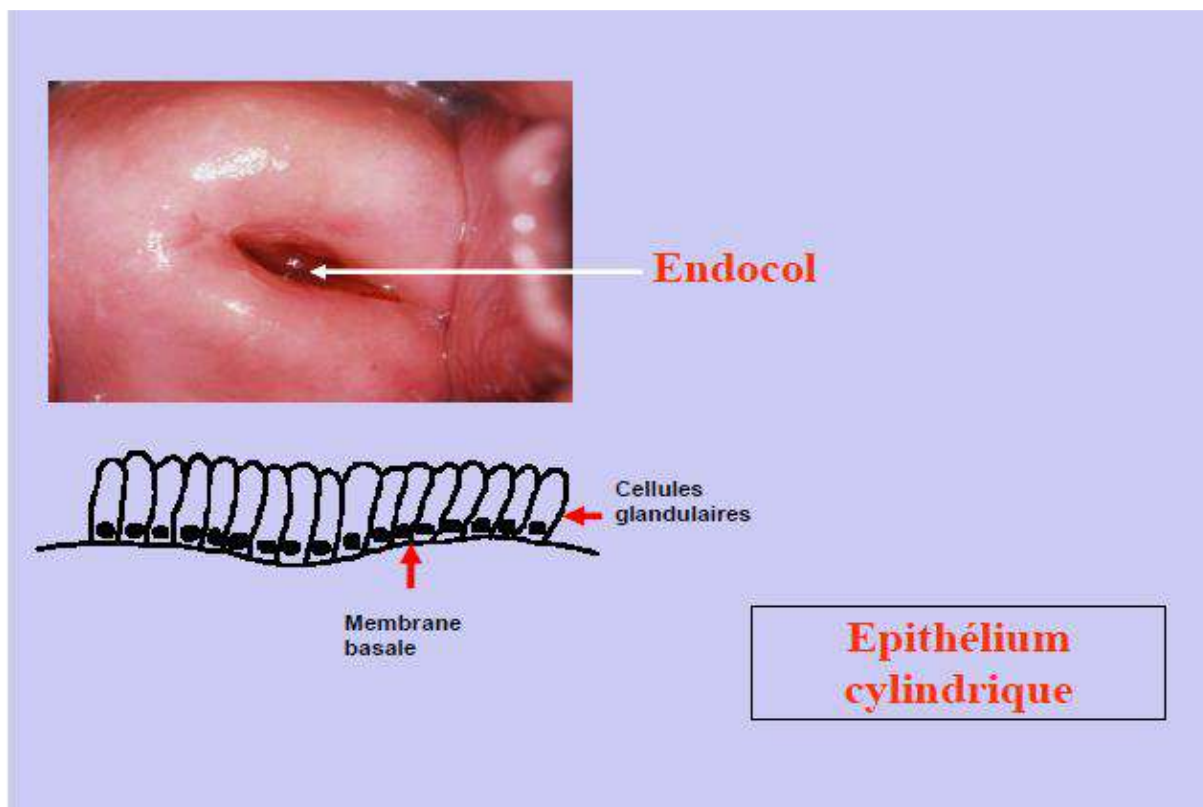


Figure 2: Image montrant les cellules cylindriques

Le vagin est divisé en trois parties (Fig. 2) :

- le tiers supérieur, situé entre les culs-de-sac vaginaux et le plancher vésical ;
- le tiers moyen, situé entre le plancher vésical et l'urètre ;
- le tiers inférieur, situé en dessous de l'urètre.

Les paramètres sont le tissu cellulaire et graisseux situé entre la partie supérieure du vagin, le col et le muscle releveur de l'anus.

On parle d'atteinte paramétriale proximale lorsqu'elle est limitée à la graisse péricervicale ou vaginale et d'atteinte paramétriale distale lorsque l'extension arrive au niveau de l'artère utérine ou de l'uretère (Fig. 3).

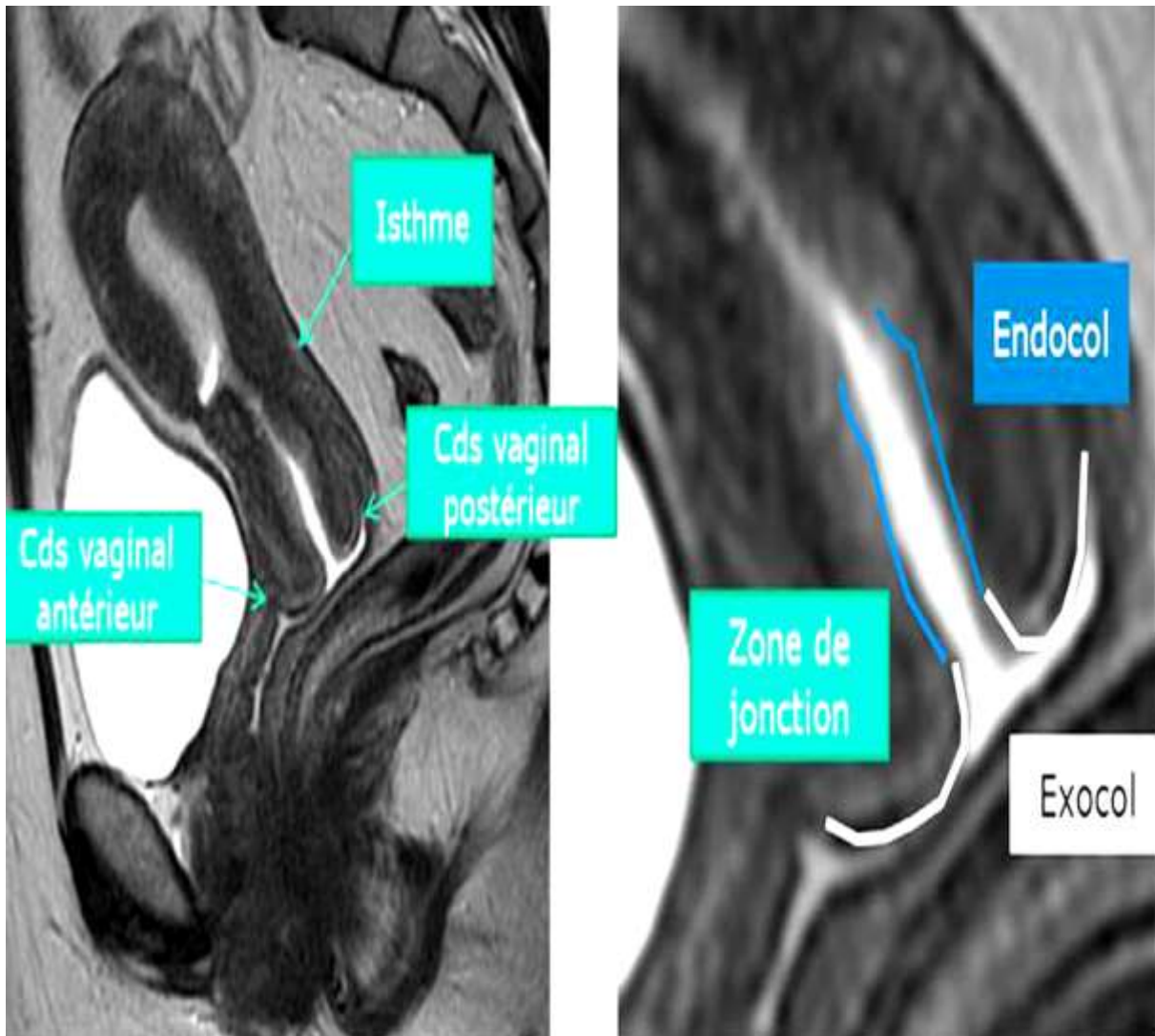


Figure 3 : Anatomie cervicale : Endocol, de l'exocol et de la zone jonctionnelle. IRM, coupe sagittale, séquence pondérée en T2 ; Cds :cul-de-sac.

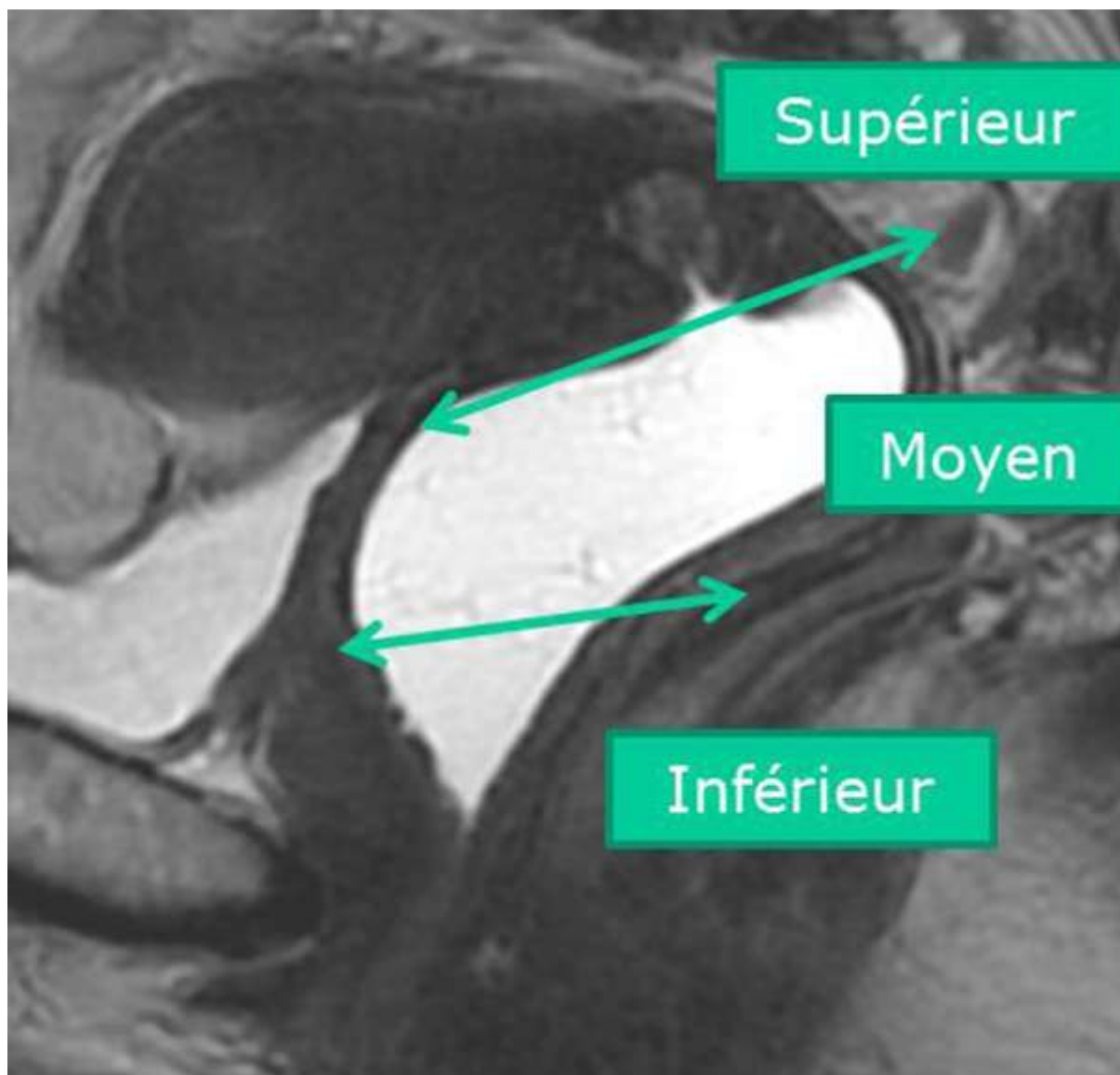


Figure 4 : Anatomie vaginale : division du vagin en trois portions.IRM, coupe sagittale, séquence pondérée en T2

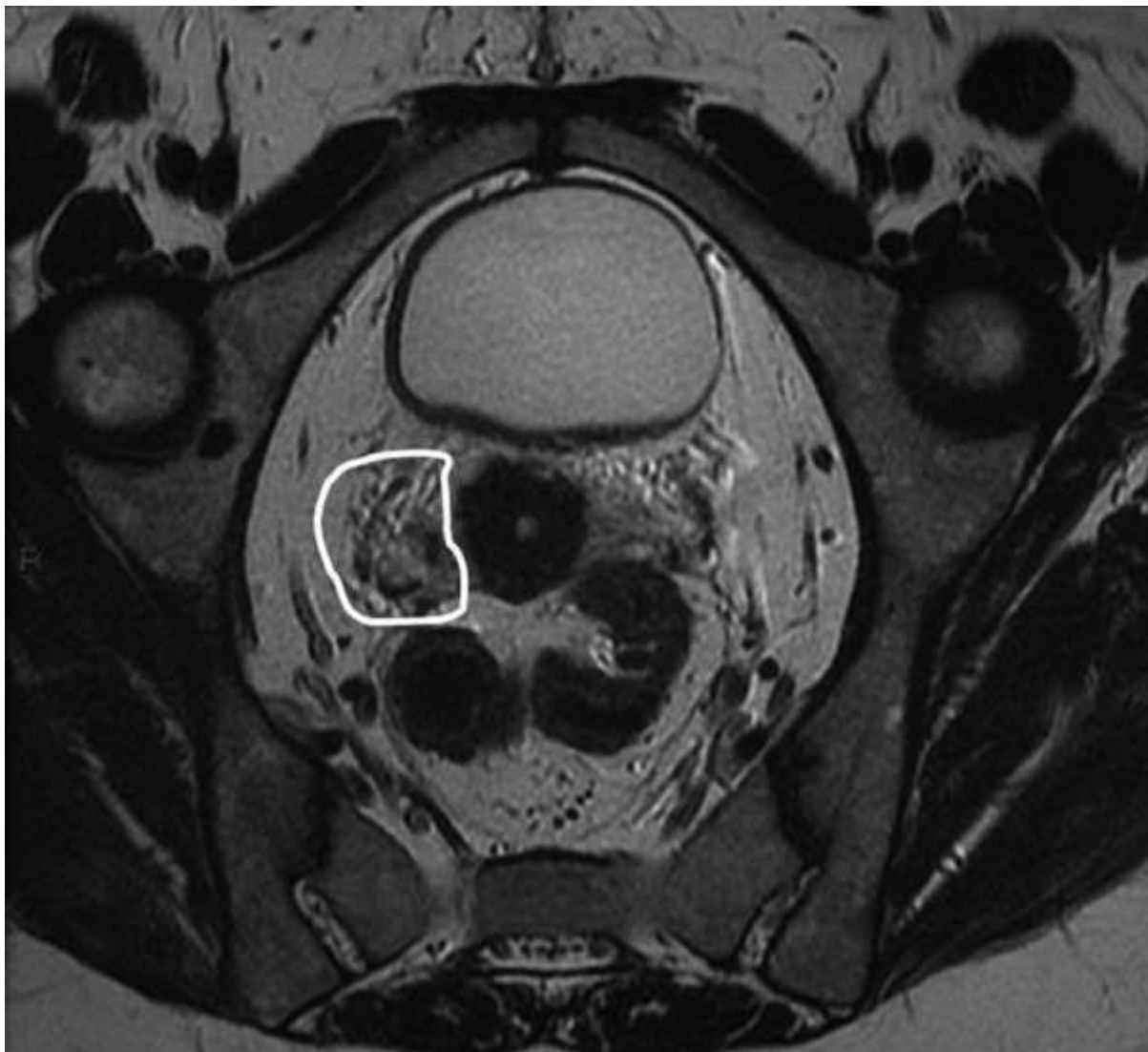


Figure 5 :Anatomie pelvienne : visualisation des paramètres correspondant au tissu cellulograisieux péri cervical. IRM, séquence pondérée en T2 coupes axiales fines, perpendiculaires au col utérin

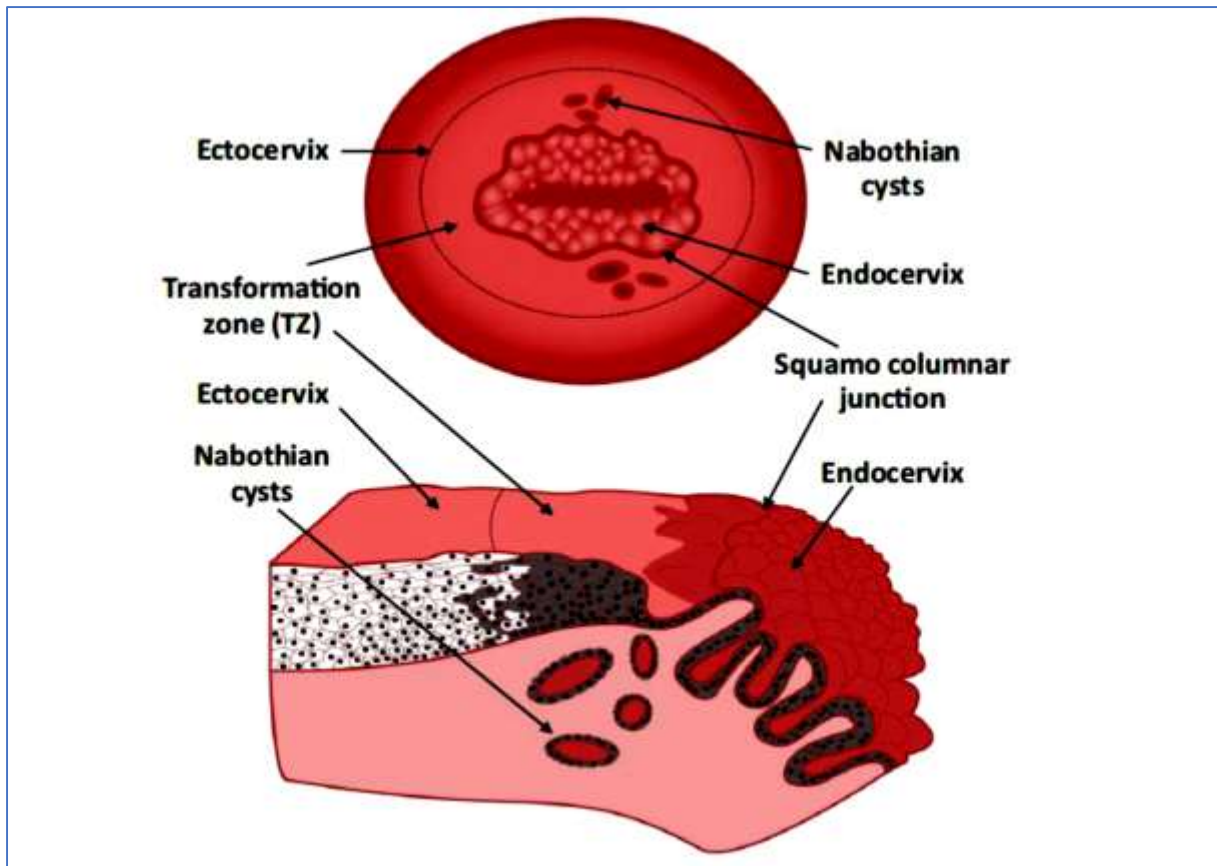


Figure 6: La zone de transformation.

Tirée et adaptée à partir des travaux de Deng H *et al.*, (5)

1.3. Epidémiologie du cancer du col utérin

1.3.1. Fréquence

Il est le quatrième cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la quatrième cause de décès par cancer chez les femmes, avec environ 604 000 nouveaux cas et 342 000 décès dans le monde en 2020.

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer chez la femme dans le monde, alors qu'il occupe la 2^{ème} position chez la femme dans les pays en développement. Selon les données récentes de 2018, l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus est estimée à 569 847 nouveaux cas et 311 665 décès sont enregistrés, représentant 3,3% des décès liés au cancer dans le monde (6). Plus de 83% des nouveaux cas surviennent dans les pays en développement, où le cancer du col de l'utérus représente plus de 15% des cancers féminins (risque cumulatif : 1,5% avant 65 ans), tandis qu'il représente seulement 3,6% des nouveaux cancers dans les pays développés (risque cumulatif : 0,8% avant 65 ans) [85]. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés en Afrique subsaharienne, en Mélanésie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie du Sud-Centre et en Asie du Sud-Est.

CANCER DU COL DE L'UTERUS STADE AVANCE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET THERAPEUTIQUES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL

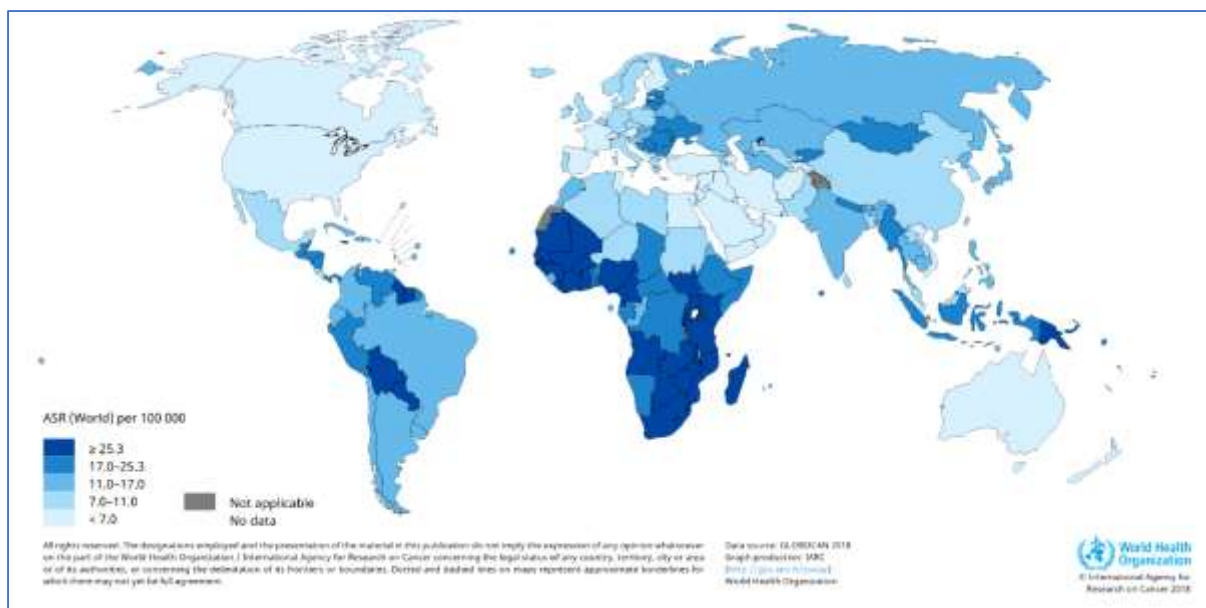


Figure 7 : Estimation de l'incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde

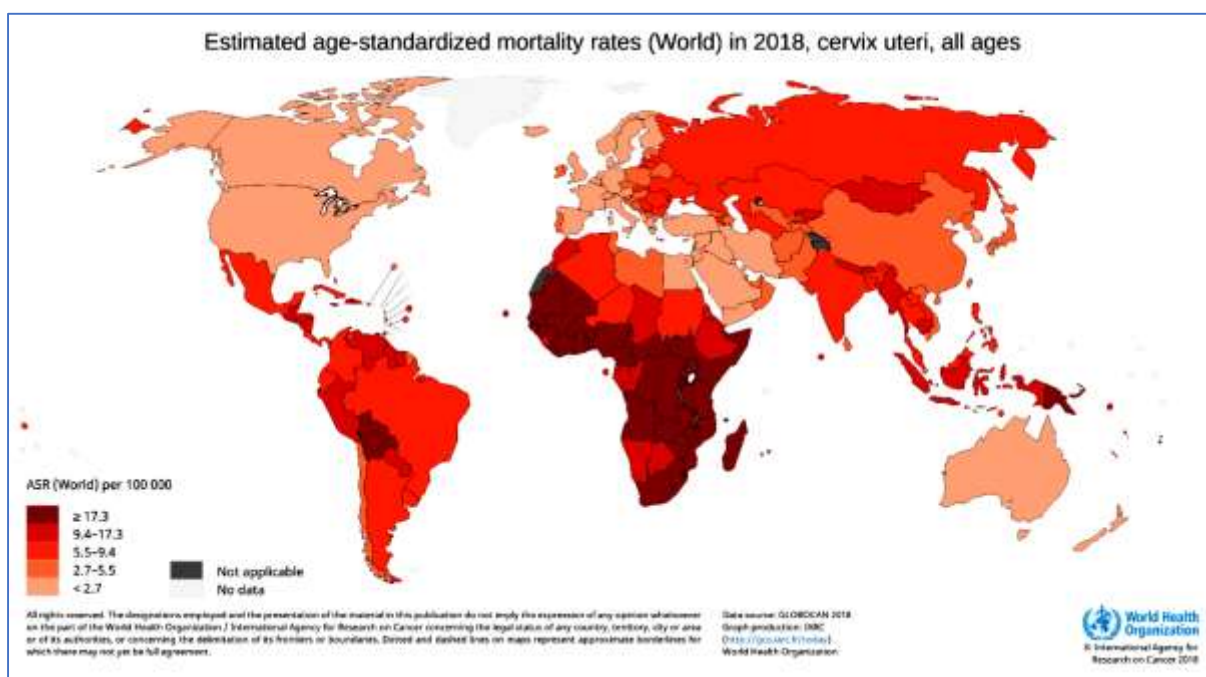


Figure 8 : Estimation du taux de mortalité du cancer du col de l'utérus dans le monde

Parmi les cinq continents, l'Afrique enregistre de loin le taux de mortalité normalisé selon l'âge le plus élevé (Tableau VII).

Tableau I : Taux bruts et normalisés de la mortalité selon l'âge pour 100 000 habitants par cancer du col de l'utérus

Population	Nombre	Intervalle d'incertitude	Taux brut	TMNA
Afrique	81 687	[72803.6-91654.4]	12.7	20.0
Amérique latine et les Caraïbes	28 318	[26658.3-30081.1]	8.6	7.1
Asie	168 411	[162249.0-174807.0]	7.6	6.2
Océanie	1 268	[935.2-1719.1]	6.1	4.8
Europe	25 829	[24695.1-27015.0]	6.7	3.8
Amérique du Nord	5 852	[5679.8-6029.4]	3.2	1.9

TMNA : Taux de mortalité normalisé selon l'âge

1.3.2. Facteurs de risques [7]

La population à risque de cancer du col est constituée par les femmes qui ont :

- Des rapports sexuels ;
- Des partenaires sexuels multiples ;
- Plus de cinq enfants et le premier avant 20 ans ;
- Des infections génitales répétées Papilloma virus 16-18, 31-33, 35, 39, 45, 51
- Un bas niveau socioéconomique ;
- Les femmes ayant ou ayant eu une consommation régulière de tabac ;
- Les femmes immunodéprimées (greffées, VIH-positives).

Des études épidémiologiques ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque qui contribuent au développement des CIN et du cancer du col.

1.3.3. Pathogénie du cancer du col de l'utérus

La métaplasie cervicale est définie comme le remplacement d'un type cellulaire par un autre type cellulaire mature. La région du col où l'épithélium cylindrique est remplacé par le nouvel épithélium métaplasique est appelée «zone de transformation» qui mesure d'après Flush Mann F 6 mm de long en moyenne (1-10mm) chez l'adulte.

C'est dans la zone de transformation, l'aire entre l'ancienne et la nouvelle jonction, que non seulement le processus de métaplasie a lieu, mais aussi et surtout que les lésions précancéreuses et le carcinome épidermoïde se développent.

Le développement du cancer nécessite les étapes suivantes :

- L'infection par un ou plusieurs HPV oncogènes ;
- La persistance des infections à HPV;
- Le développement de lésions précancéreuses dans les cellules du col utérin, lesquelles sont infectées de façon persistante par l'HPV;
- l'invasion de cellules cervicales (7).

Le cancer invasif du col utérin se développe généralement sur plusieurs années et est précédé par des modifications précancéreuses du col de l'utérus. Dans le passé, les modifications précancéreuses du col de l'utérus ont été définies histologiquement comme néoplasie intraépithéliale cervicale (CIN en anglais), classée selon la sévérité : CIN1, CIN2 et CIN3. La CIN3 inclut le carcinome in situ (CIS), un changement carcinomateux pré-invasif du col utérin (8).

Le terme CIN2 + est utilisé pour indiquer une CIN2 ou une lésion plus grave (CIN2, CIN3 ou cancer), et CIN3 + est utilisé pour indiquer une CIN3 ou plus (CIN3 ou cancer). En 2012, un groupe d'experts constitué des membres de « American College of Colposcopists » et de « American Society for Colposcopy and Cervical Pathology » a recommandé de modifier cette terminologie dans le

cadreduprojetdenormalisation LAST (LowerAnogenitalSquamousTerminology). Dans la terminologie révisée, la définition principale est une lésion épithéliale malpighienne de bas grade (LIEBG) ou une lésion épithéliale malpighienne de haut grade (LIEHG), conforme à la terminologie pour la cytologie (9).

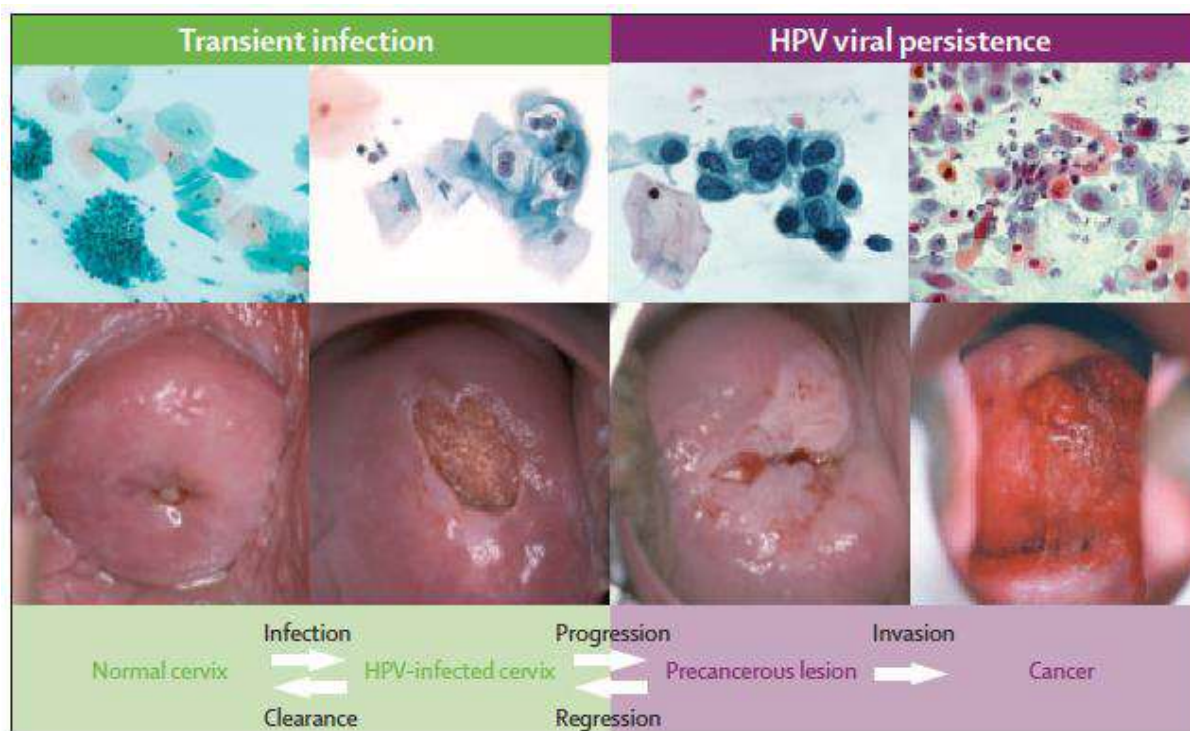


Figure 9 : Étape de développement du cancer du col de l'utérus.

Tirée à partir de Schiffman et al., (7).

La littérature suggère qu'entre un et deux tiers des femmes ayant des lésions précancéreuses de haut grade développeront un cancer invasif si elles ne sont pas traitées (10). L'âge moyen des femmes atteintes d'un cancer invasif du col utérin est d'environ 50 ans, tandis que celui des femmes ayant des lésions précancéreuses de haut grade est d'environ 28 ans, ce qui suggère un état précancéreux de longue durée.

1.4. DIAGNOSTIC

1.4.1. Examen clinique [29]

1.4.1.1. Forme asymptomatique

Le cancer de diagnostic paraclinique est dépisté par un frottis cervico-vaginal systématique. Idéalement le cancer du col de l'utérus devrait être diagnostiqué à ce stade, la patiente bénéficiant d'un pronostic aussi bon que possible. Le diagnostic est posé par l'examen histologique des biopsies effectuées et orientées par la colposcopie ou de la pièce de conisation.

1.4.1.2. Forme symptomatique

Les patientes atteintes d'un cancer invasif du col utérin ont souvent un ou plusieurs symptômes suivants : métrorragie, saignement post-coïtal, saignement post-ménopausique, écoulement séro-purulent excessif, douleurs dorsales, douleurs abdominales basses, etc., (11).

Dans les stades avancés, la dyspnée due à l'anémie peut être un signe révélateur. Dans les phases très précoces de l'invasion, le cancer peut ne manifester aucun symptôme ou caractéristique clinique (cancer invasif pré clinique). Ces formes de la maladie sont le plus souvent identifiées histologiquement comme étant des « carcinomes micro invasifs ». Il s'agit de cancers dont la pénétration dans le stroma cervical sous-jacent ne dépasse pas 5 mm de profondeur et 7 mm de largeur. Ces cancers ont l'aspect d'un minuscule bourgeon de cellules invasives qui ont traversé la membrane basale et pénétré dans le stroma sous-jacent ; morphologiquement, ces cellules ressemblent à celles observées lors de la dysplasie(12).

Une hydrorrhée fétide ou une leucorrhée purulente sont des signes d'accompagnement fréquemment signalés. Ils sont provoqués par une infection surajoutée. La lésion peut parfois avoir un aspect infiltrant : le col est alors irrégulier, hypertrophié ; dans ce cas, le saignement, la nécrose et l'écoulement ne constituent pas des signes aussi importants que dans le cas de tumeurs ulcéro-

proliférantes. L'invasion se poursuit et elle peut toucher directement le vagin, la paroi pelvienne, la vessie et le rectum, la compression de l'uretère provoquée par une tumeur localement avancée entraîne une obstruction urétérale qui conduit à l'hydronéphrose et, finalement, à l'insuffisance rénale(12)..

L'extension métastatique aux ganglions régionaux (pelviens et para-aortiques) se produit au cours de l'invasion locale, ces ganglions ne sont pas décelables à la palpation clinique. Les métastases à distance se produisent au cours d'une phase ultérieure de la maladie, et touchent en général les poumons, le foie ainsi que d'autres organes. D'un point de vue histologique, la plupart des cancers invasifs du col (environ 90%) sont des cancers épidermoïdes et 2 à 8% sont des adénocarcinomes (13).

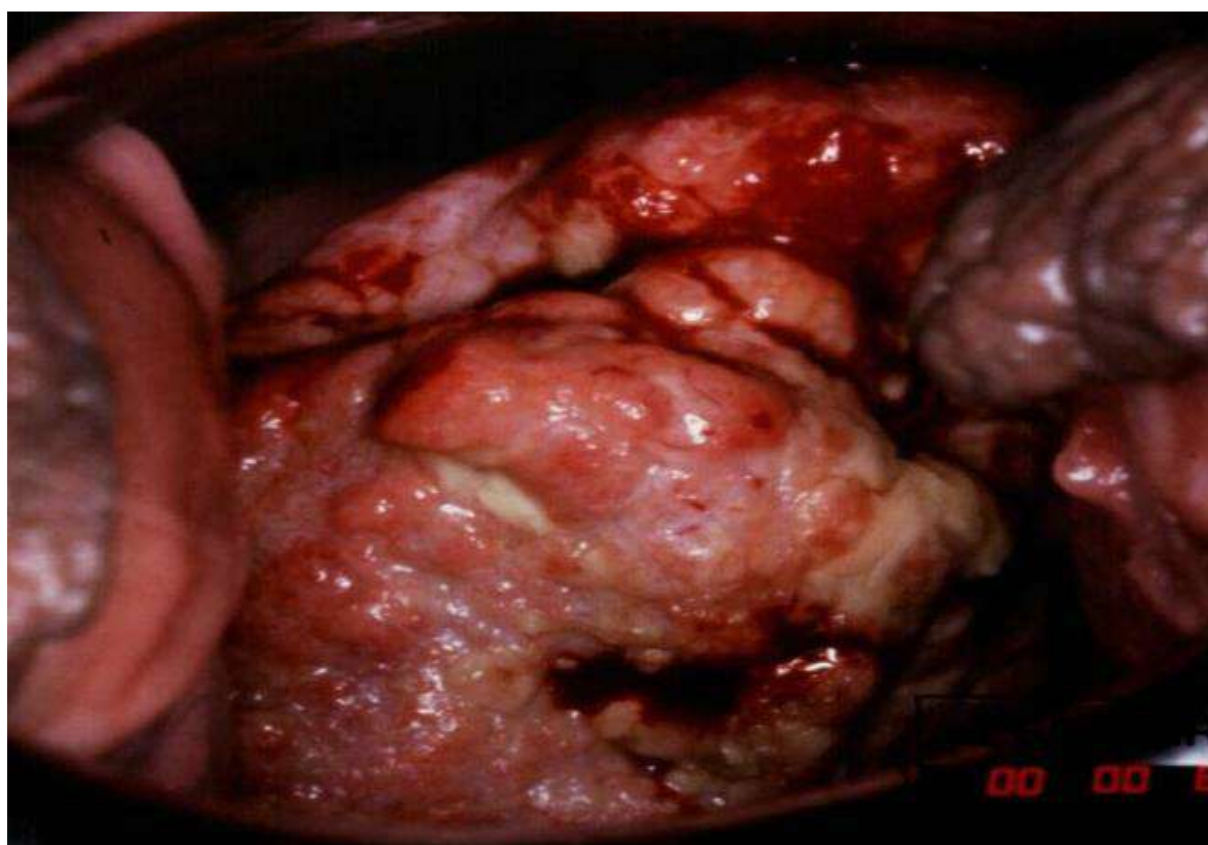


Figure 10 : Cancer invasif (11).

Tirée à partir de Ogembo RK et al 2015 (11).

1.4.1.3. Examen au spéculum

Le spéculum peut montrer des lésions macroscopiques évocatrices sous la forme d'un bourgeon exophytique saignant au contact, ou sous la forme d'une ulcération sanieuse, irrégulière, à base indurée(14).

1.4.1.4. Toucher vaginal

Le toucher vaginal confirme les 2 cas essentiels que sont le saignement au contact et l'infiltration locale. Il est indispensable d'effectuer cet examen clinique sous anesthésie générale afin de préciser le volume tumoral (pour de nombreux auteurs, le volume tumoral serait un facteur essentiel du pronostic) et l'extension locorégionale (aux paramètres, à la paroi vaginale, à la vessie et au rectum).

En effet sans anesthésie, le stade clinique est souvent sous-évalué, de plus, il est alors possible d'effectuer des biopsies des zones suspectes(14).

1.4.1.5. Toucher rectal

Le toucher rectal permet d'apprécier l'extension aux paramètres, en temps normal l'espace situé entre le col et la paroi pelvienne est libre(14).

1.4.2. Anatomo-pathologie

1.4.2.1. Biopsie tumorale

Elle permet d'affirmer le cancer invasif ou non invasif du carcinome et d'en déterminer le type histologique. Elle ne doit être effectuée que sur une lésion clinique macroscopiquement évidente(14).

1.4.2.2. Macroscopie

Le point de départ de la plupart des tumeurs du col utérin est la jonction cylindro-squameuse. Le carcinome in situ ne peut être décelé qu'à l'aide d'une colposcopie. Les cancers invasifs peuvent se présenter sous différentes formes macroscopiques : la forme bourgeonnante, plus ou moins volumineuse, friable et hémorragique ; la forme infiltrante avec un col augmenté de volume et infiltré ;

et la forme ulcérate avec un cratère plus ou moins volumineux, hémorragique, à base indurée. Dans certains cas l'origine du cancer se situe dans l'endocol avec une infiltration massive circonférentielle de 5 à 6 cm ou plus, réalisant le tableau clinique du cancer en barillet(14).

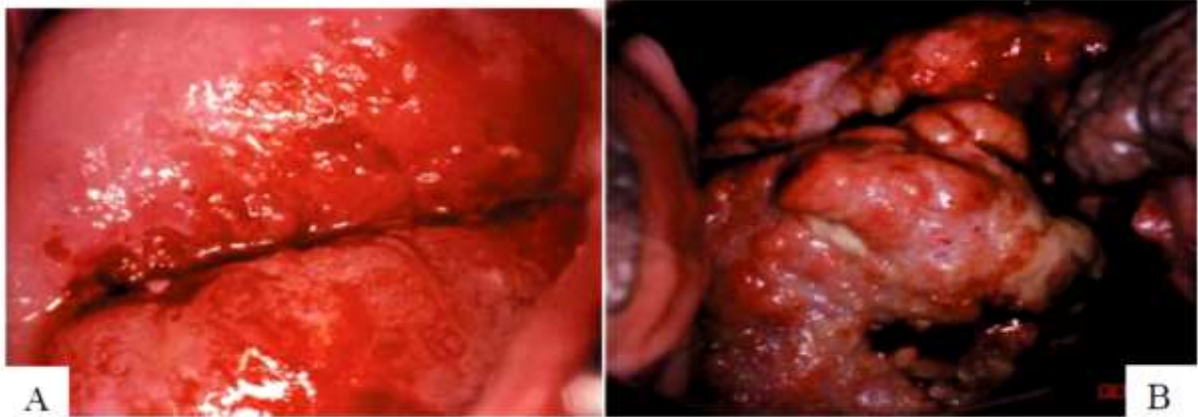


Figure 11 : Aspects macroscopiques de cancer du col(15)

Tiré à partir du Sarakaranyanan R et al, 2004 (15).

A= Cancer invasif débutant du col. Sa surface est nodulaire, irrégulière, granuleuse et saignante au toucher.

B= Cancer invasif du col à un stade avancé. La tumeur est ulcéroproliférative protubérante, semblable à un chou de fleur, nécrosée et saignante au contact.

1.4.2.3. Types histologiques

✓ Tumeurs épithéliales

- **Carcinome épidermoïde ou malpighien**

Ils représentent 90-95% des cancers du col. Ils sont faits de cellules ressemblant à celles de l'épithélium épidermique et on en distingue 3 grands types : Kératinisant, non kératinisant à grandes cellules, non kératinisant à petites cellules. (14)



Figure 12 : Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif (15)

Tiré à partir du Sarakaranyanan R et al, 2004 (15).

- **Adénocarcinome**

Les adénocarcinomes (10% des cancers) sont habituellement faits de cellules ressemblant aux cellules cylindriques glandulaires de l'endocol.(14)

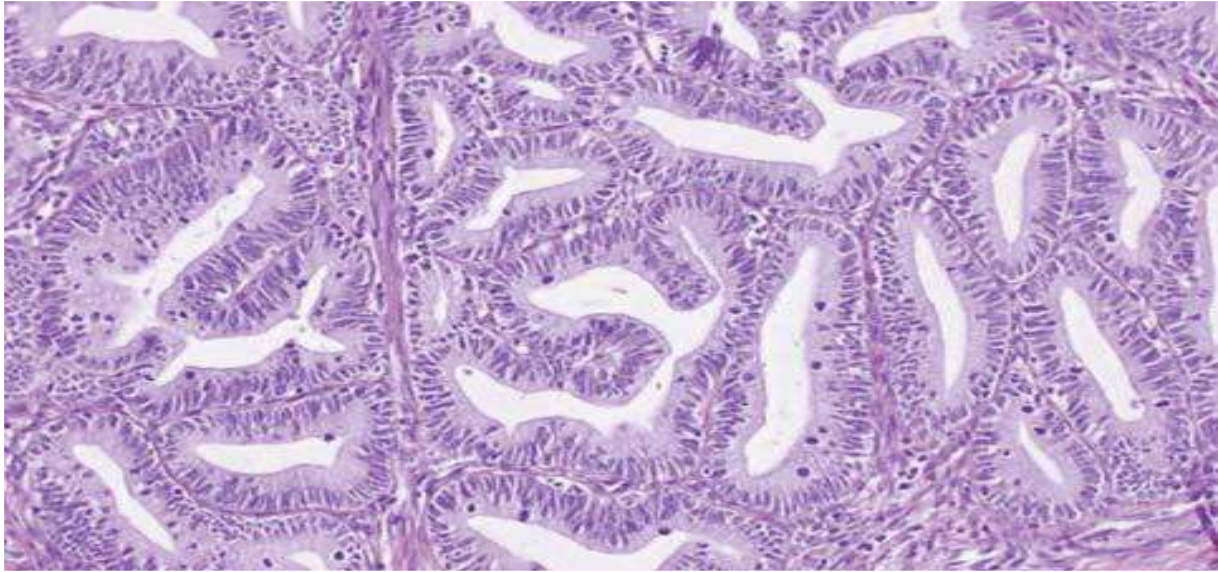


Figure 13 : Coupe histologique d'un adénocarcinome invasif

Tiré à partir du Sarakaranyan R et al, 2004 (15).

✓ **Autres tumeurs épithéliales**

Carcinome adénoquameux, Tumeur carcinoïde, Carcinome à petites cellules, Carcinome indifférencié.

✓ **Autres types de cancer du col**

Rarement on retrouve :

- des cancers secondaires,
- des sarcomes,
- des carcinomes méso-néphrotiques,
- des mélanomes,
- des cancers à cellules claires,
- des cancers colloïdes. (14)

1.4.2.4. Maladie microinvasive

Le diagnostic des stades IA1 et IA2 est fait à l'examen microscopique

D'une RAD (procédure d'excision électro chirurgicale en boucle) ou d'une biopsie conique Spécimen, qui comprend l'ensemble de la lésion.

Il peut également être réalisé sur Une pièce de trachélectomie ou d'hystérectomie. La profondeur de l'invasion ne doit pas être à plus de 3 mm ou 5 mm, respectivement, de la base de l'épithélium, soit squameux, soit glandulaire, d'où il provient. La dimension horizontale n'est plus prise en compte dans le 2018 Révision car elle est sujette à de nombreuses erreurs artéfactuelles. Il faut noter

D'atteinte de l'espace lymphovasculaire, qui n'altère pas le stade, mais peut affecter le plan de traitement et l'extension au corps utérin.

1.4.2.5. Maladie invasive

En cas de lésions visibles, une biopsie à l'emporte-pièce peut généralement suffire, mais si elle n'est pas satisfaisante, une petite biopsie de l'anse ou un cône peut être nécessaire. Clinique l'évaluation est la première étape de l'attribution de la stadification.

L'évaluation par imagerie peut désormais être utilisée en complément de l'examen clinique là où les ressources le permettent. La mise en scène révisée permet l'utilisation de l'une des modalités d'imagerie en fonction des ressources disponibles, c'est-à-dire échographie, CT, IRM, tomographie par émission de positons (TEP), pour fournir informations sur la taille de la tumeur, l'état ganglionnaire et la propagation locale ou systémique. La précision des diverses méthodes dépend de l'habileté de l'opérateur. L'IRM est la meilleure méthode d'évaluation radiologique des tumeurs primitives supérieur à 10 mm.¹⁹⁻²³ Cependant, il a également été démontré que l'échographie ont une bonne précision diagnostique entre des mains expertes.²⁴ La modalité utilisée dans l'attribution d'une étape doit être notée pour une évaluation future. L'imagerie a l'avantage de la capacité d'identifier des facteurs pronostiques supplémentaires, qui peut guider le choix de la modalité de traitement. Le but est d'identifier les méthodes la plus appropriée et d'éviter la bithérapie avec chirurgie et rayonnement car cela a le potentiel d'augmenter considérablement la morbidité.

Pour la détection des métastases ganglionnaires supérieures à 10 mm, PET-CT est plus précis que la tomodensitométrie et l'IRM, avec des faux négatifs résultats en 4 % à 15 % des cas. Dans les zones à forte prévalence de tuberculose et inflammation, en particulier endémique au VIH zones, les gros ganglions lymphatiques ne sont pas nécessairement métastatiques. Le clinicien peut prendre la décision sur l'imagerie ou, si possible, peut utiliser une aspiration à l'aiguille fine ou une biopsie pour établir ou exclure les métastases. Cela est particulièrement vrai dans les stades avancés, où l'évaluation chirurgicale de para-aortiques ganglions lymphatiques peuvent être utilisés adapter le traitement en fonction de l'étendue de la maladie. Ils peuvent être accédé par chirurgie mini-invasive ou laparotomie. Exclusion chirurgicale de para-aortique il a été rapporté que l'envahissement des ganglions lymphatiques une meilleur pronostic que l'exclusion radiographique seule.

Une revue de 22 articles qui ont évalué la sécurité et l'impact du prétraitement para-aortique la stadification chirurgicale des ganglions lymphatiques (PALNS) a révélé que 18 % (intervalle : 8 % à 42 %) des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus de stade IB à IVA avait para-aortique métastases ganglionnaires. Le taux moyen de complications de PALNS était de 9 % (plage de 4 % à 24 %), la formation de lymphocytes étant le plus commun. Dans une autre étude, jusqu'à 35 % des patients évalués cliniquement. Les tumeurs de stade IIB et 20 % des tumeurs de stade III se sont révélées positives para-aortique nœuds. Dans la mise en scène révisée, tous ces cas seront assignés au stade IIIC car l'atteinte des ganglions lymphatiques confère un pire pronostic.

Si seuls les ganglions pelviens sont positifs, il s'agit du stade IIIC1 ; si para-aortique les nœuds sont également impliqués, il s'agit du stade IIIC2. Une autre notation doit être ajoutée pour indiquer si cette allocation est basée uniquement sur l'imagerie, évaluation (r) ou si une confirmation pathologique est disponible

(p). Dans le moment venu, les données peuvent être analysées et rapportées en conséquence.

La FIGO n'impose plus aucune enquête biochimique ni enquête procédures; cependant, chez les patients atteints d'un carcinome invasif franc, une radiographie pulmonaire, et évaluation de l'hydronéphrose (avec échographie, pyélographie intraveineuse, TDM ou IRM) doit être effectuée. La vessie et le rectum sont évalués par cystoscopie et sigmoïdoscopie que si le patient est cliniquement symptomatique. La cystoscopie est également recommandée en cas de tonneau croissance endocervicale et dans les cas où la croissance s'est étendue à la paroi vaginale antérieure. Soupçonné l'atteinte vésicale ou rectale doit être confirmée par biopsie et examen histologique preuve. L'œdème bulleux seul ne justifie pas qu'un cas soit affecté à l'étape IV.

1.4.3. Classification

Tableau II : Classification 2018 du cancer du col de l'utérus selon la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO), d'après Bhatla et al.(16)

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

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

Tableau III : Comparaison des critères de classification du cancer du col utérin selon la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) de 2014 et 2018, d'après Bekhouche A et al(17)

Stade	2014	2018
IB1	≤ 4 cm	<v2 cm
IB2	> 4 cm	2–4 cm
IB3	NA	≥ 4 cm
IIIC1	NA	Adénopathie pelvienne
IIIC2	NA	Adénopathie lomboaortique

1.5. Traitement

1.5.1. Frottis cervico-vaginal

Il permet de prélever les cellules qui desquament de l'épithélium pavimenteux exocervical. Il doit intéresser la zone de jonction pavimento-cylindrique où les lésions sont habituellement les plus graves(18).

Le frottis cervico-vaginal de dépistage doit être effectué au moins une fois tous les trois ans. En effet la moyenne de transformation d'une dysplasie de haut grade en cancer invasif avoisine 3-4 ans. Néanmoins certaines formes sont extrêmement évolutives (femme de moins de 35 ans) et leur dépistage semble difficile, voire impossible(18).

1.5.2. 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 ne prenant pas le glycogène non coloré en brun acajou suite à un manque de glycogène par les lésions CIN ou le cancer invasif et le test à l'acide acétique met en évidence une zone acidophile donnant un aspect blanc opaque suite à une forte quantité de protéines cellulaires. Si la JPC est totalement visible, une biopsie à la pince est

accomplie, dans le cas où la JPC n'est pas vue en totalité car partiellement ou totalement endocervicale, il convient d'effectuer une conisation diagnostique afin d'examiner la lésion en totalité(14).

L'examen histologique des biopsies cervicales ou de la pièce opératoire permet de différencier le CIN 3 qui respecte la membrane basale, du carcinome invasif où la membrane basale est rompue(14).

1.5.3. Traitement curatif

La prise en charge du cancer du col utérin se fait principalement par chirurgie ou radiothérapie, la chimiothérapie étant une arme complémentaire. La chirurgie convient aux stades précoces, pour lesquels la conisation cervicale, l'hystérectomie simple totale ou l'hystérectomie radicale peuvent être sélectionnées en fonction du stade de la maladie et de l'étendue du cancer du col utérin. Le Tableau 4 montre les types d'hystérectomie radicale. Au stade IVA, il existe une place pour la pelvectomie dans certains cas. Chez les patientes jeunes désireuses d'une préservation de leur fertilité, une trachélectomie radicale peut-être réalisée, indiquée pour les tumeurs de stades IA2 etIB1 dont le plus grand diamètre est inférieur ou égal à2 cm (19).

Le col utérin et les paramètres sont enlevés, suivie d'une anastomose de l'utérus avec le fond vaginal. La trachélectomie peut être réalisée par voie abdominale, vaginale ou par voie mini-invasive. Lorsqu'une approche vaginale est prévue, les ganglions pelviens sont d'abord retirés par laparoscopie et envoyés pour un examen extemporané afin de confirmer la négativité des ganglions, puis une trachélectomie radicale est réalisée par voie vaginale. Alternativement, les ganglions peuvent être d'abord évalués par des méthodes pathologiques classiques et la trachélectomie radicale peut être réalisée en tant que seconde intervention à une semaine d'intervalle. Pour les cancers du col utérin de stades IB2 et IIA1 selon la FIGO, la chirurgie ou la radiothérapie peuvent être choisie comme prise en charge principale en fonction d'autres facteurs liés au patient et

des ressources locales, ces deux modalités ayant des résultats similaires. Les avantages du traitement chirurgical sont :

- qu'il est possible de déterminer le stade post opératoire précisément sur la base des résultats histopathologiques, permettant ainsi un traitement postopératoire adapté à chaque patiente ;
- qu'il est possible de traiter des cancers susceptibles de résister à la radiothérapie ;
- et qu'il est possible de conserver la fonction ovarienne. La transposition per opératoire des ovaires dans les gouttières pariétocoliques loin du champ de radiation, si elle devait être requise ultérieurement, est également possible. La préservation de la fonction ovarienne et sexuelle fait de la chirurgie le traitement préféré pour les femmes jeunes(17).

Tableau IV : Prise en charge du cancer du col utérin : types d'hystérectomie totale

	Hystérectomie simple extrafasciale	Hystérectomie totale modifiée	Hystérectomie totale
Classification de Piver et Rutledge	Type I	Type II	Type III
Classification de Querleu et Morrow	Type A	Type B	Type C
Indication	Stade IA1	Stade IA1 avec invasion lymphovasculaire Stade IA2	Stades IB1 et IB2 Certains stades IIA
Utérus et col	Retirés	Retirés optionnellement	Retirés optionnellement
Ovaires	Retirés optionnellement	Retirés optionnellement	Retirés optionnellement
Marges vaginales	Aucune	1–2 cm	Au-dessus de 1/4 à 1/3
Uretères	Non mobilisés	Tunnel à travers le ligament large	Tunnel à travers le ligament large
Ligaments cardinaux	Divisés au bord de l'utérus et du col	Divisés là où l'uretère passe le ligament large	Divisés à la paroi pelvienne
Ligaments utérosacrés	Divisés au bord du col	Partiellement retirés	Divisés près de leur origine sacrée
Vessie	Mobilisée à sa base	Mobilisée au fond vaginal	Mobilisée à mi-hauteur du vagin
Rectum	Non mobilisé	Mobilisé sous le col	Mobilisé sous le col
Approche chirurgicale	Laparotomie ou laparoscopie ou chirurgie robotique	Laparotomie ou laparoscopie ou chirurgie robotique	Laparotomie ou laparoscopie ou chirurgie robotique

1.5.4. Suivi post-thérapeutique

Des visites de suivi de routine sont recommandées tous les trois à quatre mois pendant deux à trois ans, puis tous les 6 mois jusqu'à 5 ans, puis une fois par an.

Lors de chaque visite, un interrogatoire et un examen clinique sont effectués pour détecter les complications du traitement et la morbidité psychosexuelle, ainsi que pour rechercher une récurrence de la maladie. Une imagerie systématique n'est pas indiquée. Des circonstances spéciales, telles qu'un grand nombre de ganglions lymphatiques pelviens métastatiques, peuvent justifier une imagerie abdominale régulière afin d'évaluer une progression potentiellement curable de

la maladie. La cytologie vaginale fréquente n'améliore pas significativement la détection des récurrences précoces. Les patients doivent revenir au dépistage annuel après 5 ans de survie sans maladie (20).

1.5.5. Récurrence de la maladie

La plupart des récurrences sont observées dans les 3 ans et le pronostic est sombre, la plupart des patientes décédant des suites d'une maladie progressive, l'urémie étant l'événement terminal le plus fréquent (17).

Le plan thérapeutique dépend de l'état de la patiente, du site et de l'étendue de la récurrence et/ou des métastases, et du traitement antérieur reçu (20). En cas de maladie localement étendue ou de maladie métastatique à distance, la patiente suit un traitement palliatif, avec les meilleurs soins de support et le contrôle des symptômes. Cependant, si l'état de la patiente est bon et que la maladie métastatique est limitée, un essai de chimiothérapie à base de platine est justifié, tout en informant la patiente et ses proches sur les avantages limités en termes de taux de réponse et de survie sans progression (21).

1.6. Evolution et Pronostic

1.6.1. Evolution

Le Carcinome épidermoïde naît dans la zone de jonction entre épithélium cylindrique et épithélium malpighien (jonction exocol-endocol ou JPC) où ils succèdent à une CIN3. L'invasion est d'abord minime (épithélium micro invasif, qui ne dépasse pas 5 mm en profondeur) puis s'accroît. Suivant la situation de la zone de jonction au début, le cancer épidermoïde se développe vers l'exocol ou vers l'endocol (cancer « à développement exocervical » ou à « développement endocervical »)(14).

La diffusion est d'abord locorégionale. Après le col, la tumeur envahit le tissu cellulaire pelvien (paramètres surtout) et les organes voisins (vagin, uretères et

vessie particulièrement), puis elle se propage aux ganglions lymphatiques satellites (ganglions iliaques externes surtout)(14).

Au-delà du pelvis, la diffusion se fait en général par voie lymphatique (ganglions aortiques et sus claviculaires) et moins par voie veineuse (en ordre décroissant : foie, poumons, squelettes)(14).

Les adénocarcinomes naissent de la muqueuse cylindrique et ont en général un développement endocervical. Ils sont souvent en cause dans les formes de la femme jeune et de pronostic redoutable. C'est souvent l'adénocarcinome qui est en cause dans les formes rapidement évolutives sur terrain immunodéprimé(14).

1.6.2. Pronostic

Outre le stade clinique, tous les facteurs influent sur le pronostic :

✓ Volume tumoral

Pour certains auteurs le volume tumoral est un facteur pronostique essentiel, l'envahissement ganglionnaire étant proportionnel à ce volume. De plus, les tumeurs volumineuses sont souvent différenciées et de pronostic plus péjoratif.

✓ Type histologique

Il a moins de valeur prédictive que l'étendue de la tumeur. Le carcinome épidermoïde a un meilleur pronostic par rapport à l'adénocarcinome.

Certains types histologiques ont un mauvais pronostic : l'adénocarcinome séreux, le carcinome à petites cellules, le carcinome adénosquameux. Ils sont caractérisés par des métastases péritonéales et ganglionnaires extensives et précoces(14).

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le Département de Gynécologie et Obstétrique du Centre Universitaire Gabriel Touré situé au centre-ville du district de Bamako.

Le CHU Gabriel Touré jadis appelé dispensaire central de Bamako a été transformé en hôpital en 1959, en hommage à un étudiant en médecine du nom de Gabriel Touré, décédé à Dakar par suite d'une épidémie de peste d'où le nom de centre de santé universitaire (CHU) Gabriel Touré. Il comporte plusieurs services : la gynécologie et d'obstétrique ; la pédiatrie ; la chirurgie générale ; la chirurgie pédiatrique ; le service d'accueil des urgences et la réanimation ; le service d'ORL ; la médecine ; la traumatologie ; l'urologie ; la cardiologie ; le laboratoire ; la pharmacie ; le bloc administratif ; le bureau des entrées ; le service de maintenance ; le service social et le service d'hygiène. Il existe des boxes de consultations externes et la direction administrative.

2.2. Organisation du service

Situé au Pavillon BENITIENI FOFANA, le service de gynécologie et d'obstétrique est organisé comme suit :

2.2.1. Les infrastructures

Au rez-de-chaussée, on y trouve :

- 1 salle d'urgence avec une toilette interne ;
- 1 salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- 1 salle de prise en charge du nouveau-né ;
- 1 salle d'attente et des suites de couche immédiates avec deux lits ;
- 1 salle de garde pour les sages- femmes ;
- 1 bloc opératoire d'urgence ;
- 1 salle de garde pour l'aide du Bloc ;
- 1 toilette externe pour les sages-femmes ;

- 1 bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- 1 salle de soins infirmiers ;
- 1 bureau pour le major de l'hospitalisation ;
- 8 bureaux pour les gynécologues
- 4 toilettes externes pour les gynécologues ;
- 1 salle pour les faisant- fonction d'internes ;
- 1 salle pour les infirmières
- 1 toilette pour les internes ;
- 1 toilette pour les infirmières ;
- 1 salle pour les DES de Gynécologie obstétrique
- 5 salles d'hospitalisations : A, B, C, D et E :
- Les salles A et B contiennent 3 lits chacune,
- Les salles C, D et E contiennent 2 lits chacune.

A l'étage, on y trouve :

- 1 bureau pour le chef de service avec un secrétariat
- 1 salle de garde pour les anesthésistes ;
- 1 bloc opératoire pour les interventions chirurgicales programmées avec un bureau pour le major, une salle de réveil avec deux lits ;
- 2 grandes salles d'hospitalisation A et B qui contiennent 12 lits chacune ;
- 8 salles de première catégorie dont quatre avec toilette interne (G, H, I, J) et quatre sans toilette interne (C, D, E, F) ;
- 2 toilettes externes pour les salles C, D, E et F

Le personnel comprend :

- 6 gynécologues obstétriciens dont le chef de service et 1 en disponibilité.
- 30 sages-femmes dont 6 en formation.
- 4 assistants médicaux aides bloc
- 12 infirmiers.
- 6 manœuvres

Soit 58, le nombre de personnel.

2.2.2. Organisation du travail et taches du service de gynéco- obstétrique

Le service dispose d'un bloc à froid qui fonctionne trois jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales et qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre heures. En outre, la consultation externe est assurée tous les jours par deux gynécologues- obstétriciens cinq jours par semaines (du lundi au vendredi).

L'unité de dépistage des dysplasies et cancer du col de l'utérus est fonctionnels cinq jours par semaine ; la journée du lundi est consacrée à la stadification par le Professeur Ibrahima Tégouété des cas de cancer reçu dans le service.

Les patientes ayant un cancer du col diagnostiqué à un stade avancé bénéficient si elles ont les moyens d'une radio chimiothérapie à Dakar au Sénégal ; à défaut elles sont prises en charge sur place avec des soins palliatifs comme la transfusion, les antalgiques et la mono chimiothérapie à base d'Endoxan.

Les consultations prénatales pour les grossesses à risque tous les jeudis.

Un staff se tient tous les jours du lundi au jeudi à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.

Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les DES de gynécologies obstétriques sous la supervision d'un spécialiste. La visite générale est effectuée par le professeur tous les mercredis. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec un gynécologue – obstétricien comme chef d'équipe.

Le service est dirigé par le Professeur Niani Mounkoro, secondé par le professeur Ibrahima Tégouété, le professeur Youssouf Traoré et trois maitres assistants.

2.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données s'étendant sur une période de 06 mois.

2.4. Période d'étude

Cette étude s'est déroulée de 01janvier 2020 au 31 JUIN 2020, soit sur une période de 06 mois.

2.5. Population d'étude

Elle a concerné tous les cas de cancer du col confirmé à l'histologie suivi dans l'unité. Il s'agissait des patientes pour la plupart des cas référés dans le service ayant été hospitalisés ou non, des patientes venues d'elles-mêmes en consultations ou aux dépistages du cancer du col et du sein.

2.6. Echantillonnage

✓ Critères d'inclusion ;

Ont été inclus dans cette étude :

- Tous les cas de cancer du col dont le stade était \geq II selon la classification de FIGO
- Qui ont été suivies dans le service
- Dossier exploitable

✓ Critères de non inclusion

Tous les cas de cancer du col stade non avancée ou n'ayant pas un dossier exploitable ou non suivi dans le service.

2.7. Variables et sources de collecte des données

Le tableau ci-dessous résume les variables et les sources de la collecte des données.

Tableau V: variables et sources de collecte des données.

Variabes	Type	Echelle de mesures	Sources de collecte
Age femme	Quantitative discontinue	Année	Registre de compte rendu opératoire dossier gynécologique
Age 1 ^{er} coït	Qualitative nominative	Année	
Profession	Qualitative nominative	1= Ménagère 2=Commerçante /vendeuse 3=Fonctionnaire 4=Autre	
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=Mariée 2=Célibataire 3= Divorcée 4= Veuve	
Mode d'admission	Qualitative nominative	1=Venue d'elle -même 2= Référée 3=Evacuée	
Gestité	Quantitative discontinue	En chiffre	
Parité	Quantitative discontinue	En chiffre	
Contraception	Qualitative nominative	1=Bon 2=Passable 3= Mauvais ou altéré	
Depistage	Qualitative nominative	1= Oui 2=Non	
Vaccin hpv	Qualitative nominative	1= Oui 2=Non	
Resultat histologie	Qualitative nominative	1=Oui 2= Non	
Resultat TDM thoracoabdominopelvienn	Qualitative nominative	1=Oui 2= Non 3= Autre	

2.8. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20.0 et le traitement de texte dans Word 2019, office 2010 et Excel 2010.

Le seuil de significativité était défini par un $p= 0,05$. La différence entre deux pourcentages ou deux moyennes est dite significative si la valeur de p est inférieure à 0,05.

2.9. Définitions Opérationnelles

Cancer du col stades avancés : Considéré comme stade avancé tous les cancers à partir de stade II de FIGO.

Perdu de vue : il s'agit des patientes diagnostiquée vue en consultation qu'elles ne sont plus revenue et qui ne sont pas joignables au téléphone.

Référée : toute femme adressée par un agent de santé ou une structure sans notion d'urgence.

Nulligeste : il s'agit des femmes qui n'ont pas contracté de grossesse.

Primigeste : les femmes qui sont à leur première grossesse.

Multigeste : les femmes qui ont fait entre 2 et 6 grossesses.

Grande multigeste : les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses.

Nullipare : il s'agit des femmes qui n'ont jamais accouchée.

Primipare : les femmes qui sont à leur premier accouchement.

Multipare : les femmes qui ont fait entre 2 et 6 accouchements.

Grande multipare : les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements

2.10. Considérations éthiques

Le recueil des données a été effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations ; le nom et le prénom des patients étaient codifiés afin de préserver l'anonymat.

III. RESULTATS

3.1. Fréquence des cancers stades avancés

Au cours de cette étude nous avons noté 132 cas de cancers stades avancés sur un total de 197 cas de cancers, représentant 71%.

3.2. Données sociodémographiques

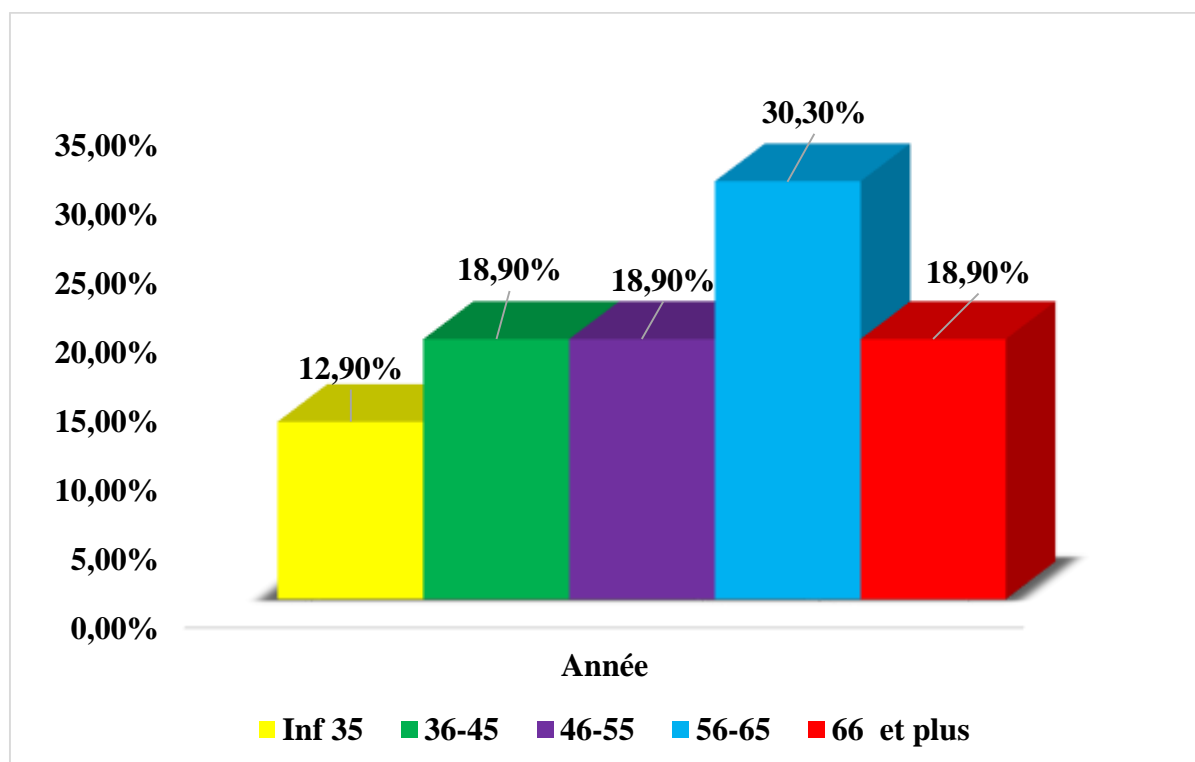


Figure 14 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Au cours de notre étude nous avons noté une prédominance de la tranche d'âge 56 à 65 ans soit 30,3% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur régime et statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	(%)
Mariée	83	62,9
Divorcée	3	2,3
Célibataire	3	2,3
Veuve	42	31,8
Total	132	100,0
Régime matrimonial		
Polygamie	51	61,4
Monogamie	32	38,6
Total	83	100,0

Les mariées ont représenté 62,9% des cas dont la majorité était polygame soit 38,7 % des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de partenaire sexuel.

Nombre partenaire sexuel	Effectifs	(%)
Unique	57	43,2
Multiple	75	56,8
Total	132	100,0

La plupart de nos patientes avait un partenaire multiple soit 56,8 % des cas

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectifs	(%)
Primiparité	11	8,3
Paucipare	21	15,9
Multipare	37	28,0
Grande multipare	63	47,8
Total	132	100,0

La grande multipare était majoritairement représentée dans 47,8% des cas.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectifs	(%)
Primigeste	6	4,5
Paucigeste	18	13,6
Multigeste	108	81,8
Total	132	100,0

La grande multigeste était majoritairement représentée dans 81,8% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes selon leur profession.

Profession	Effectifs	(%)
Ménagère	121	91,7
Commerçante	9	6,8
Fonctionnaire	2	1,5
Total	132	100,0

La majorité des patientes étaient des ménagères, soit 91,7% des cas

Tableau XI : Répartition des patientes selon le VIH.

Personne vivante avec le VIH	Effectifs	(%)
Oui	10	7,6
Non	122	92,4
Total	132	100,0

Sept virgule six pourcent (7,6%) des patientes étaient positifs au VIH

Tableau XII : Répartition des patientes selon la présence ou non du diabète.

Diabète	Effectifs	(%)
Oui	11	8,3
Non	121	91,7
Total	132	100,0

Huit virgule trois pourcent (8,3%) des patientes avaient le diabète.

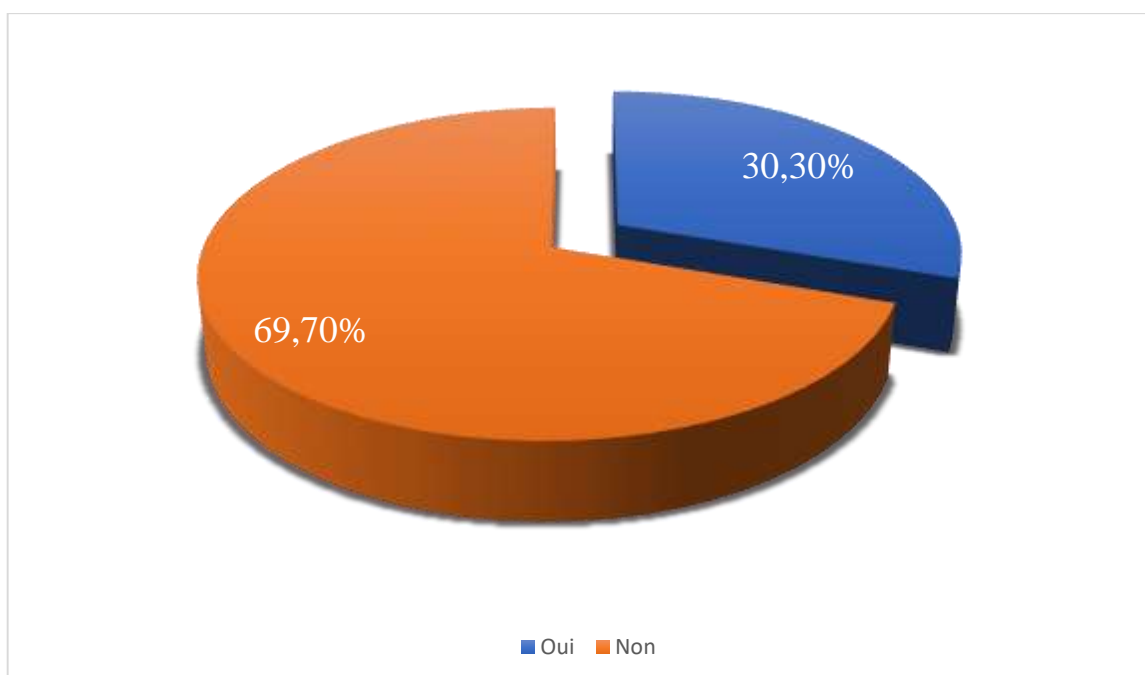


Figure 15 : Répartition des patientes selon l'utilisation des moyens contraceptifs.

Quarante-deux pourcent (30,3%) des patientes utilisaient des moyens contraceptifs.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le type de contraception.

Nous avons enregistré 30,3% des patientes qui ont un antécédent d'utilisation de contraception (40/132cas) parmi ces 40 patientes 24 utilisait un contraceptif oral soit 18,2% ; l'implants dans 6,8% des cas soit 9 cas et les injectables dans 5,3% des cas soit 7 cas.

3.3. Caractéristiques cliniques

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	(%)
Métrorragie	9	6,8
Douleur Abdomino-pelvienne	3	2,3
Dépistage col ou Seins	3	2,3
Référence néo du col	117	88,6
Total	132	100,0

La majorité des patientes était référée pour une prise en charge de cancer du col déjà diagnostiqué soit 88,6 % des cas et la métrorragie dans 6,8 % des cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'état de la vulve.

Etat de la vulve	Effectifs	(%)
Propre	50	37,9
Sang	37	28,3
Hydorrhée	42	31,8
Lésions vulvaire	2	1,5
Condylome vulvaire	1	,8
Total	132	100,0

La vulve était souillée de sang dans 28,3% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'aspect de la tumeur au speculum.

Aspect de la tumeur au spéculum	Effectifs	(%)
Inflammatoire	36	27,2
Ulcéro-nécrotique	31	23,4
Nécrotique	13	9,8
Bourgeonnante	48	36,3
Ulcéreux	4	3,0
Total	132	100,0

Nous avons observé une tumeur Bourgeonnante au spéculum dans 36,3 % des cas.

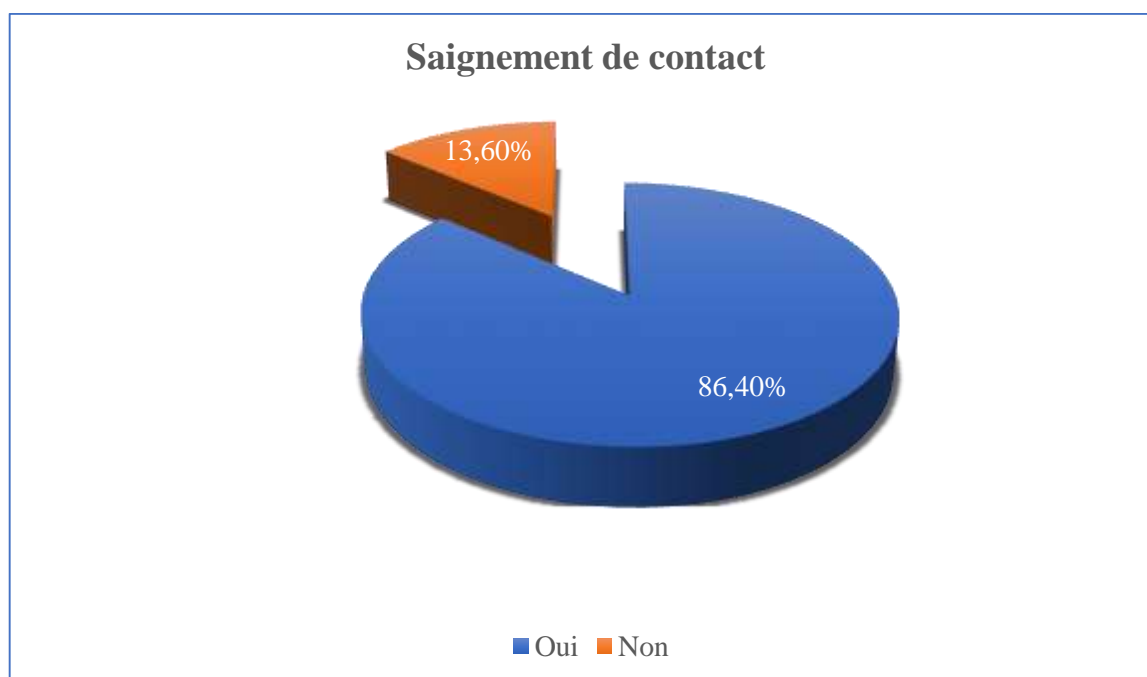


Figure 16 : Répartition des patientes selon le saignement au contact

Le saignement au contact a été retrouvé dans 86,4% des cas.



Figure 17 : Répartition des patientes selon le pus au spéculum

Le pus au spéculum a été observé dans 12,10% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le résultat au toucher rectal.

Toucher rectal	Effectifs	(%)
Cloison retro-vaginale raccourcie	70	53,0
Paramètres atteints	102	77,3

Nous avons noté un cloison retro-vaginale raccourcie dans 53% des cas et les paramètres étaient atteints dans 77,3% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le résultat de touché vaginal

Résultat TV	Effectifs	(%)
CDS au TV		
Normal	14	10,6
Raccourcis	106	89,8
Effacé	12	9,1
Paroi vaginale au TV		
Normal	2	1,5
2/3 sup atteint	22	16,7
1/3 Inf atteint	108	97,1

Au touché vaginal le cul de sac était raccourci dans 89,8 % des cas ; les 1/3 inférieur de la paroi était atteint soit 97,1% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.

Taux hémoglobine(g/dl)	Effectifs	(%)
Absence d'anémie (11 -15)	41	31,1
Anémie Modéré (8 – 10)	31	23,5
Anémie sévère (≤ 7)	60	45,5
Total	132	100,0

Nous avons observé 45,5% des cas d'anémie sévère chez nos patientes.

Tableau XX : Répartition des patientes selon le résultat de l'imagerie.

Résultat de l'imagerie	Effectifs	(%)
Cystoscopie		
Normal	78	59,1
Anormal	54	41,0
TDM thoraco-abdomino-pelvienne		
Normal	44	33,3
Anormal	88	66,7

La cystoscopie était anormale dans 41% des cas et 66,7% des patientes avait une TDM thoraco-abdomino-pelvienne anormale.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le résultat l'examen histologique

Différentiation	Effectifs	(%)
Type de histologique		
Carcinome épidermoïde	119	90,2
Adénocarcinome	11	8,3
Carcinome squameux	2	1,5
Différenciation		
Bien Différenciée	19	14,4
Moyennement différencié	106	80,3
Indifférencié	7	5,3
Degré de maturité		
Mature	126	95,5
Immature	6	4,5

Le type histologique le plus retrouvé était le carcinome épidermoïde dans 90,2% des cas et la tumeur était moyennement différencié soit 80,3% des cas. Elle était mature dans 95,5% des cas.

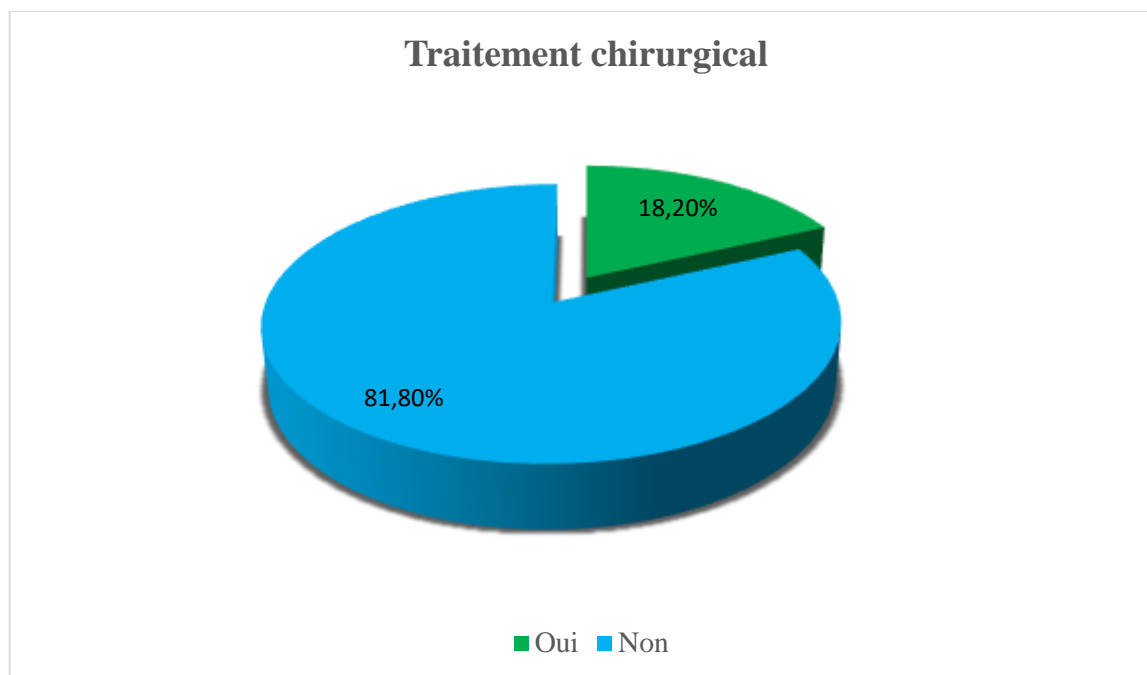


Figure 18 : Répartition des patients selon le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 18,20% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le type de l'intervention

Type de l'intervention	Effectifs	(%)
Hystérectomie plus annexectomie	4	16,7
Wertheim	20	83,3
Total	24	100,

Le wertheim a été retrouvé dans 83,3% et l'hystérectomie plus annexectomie dans 16,7% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'indication du traitement

Parmi les 24 patientes opérées 17 cas ont été indiqués stade 2 de FIGO soit 70,8% des cas et 7 cas de stade 3 de FIGO soit 29,2% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le traitement Radio Chimiothérapie.

Réalisation Radio Chimiothérapie	Effectifs	(%)
Oui	124	93,9
Non	8	6,1
Total	132	100,0

Le traitement radio chimiothérapie a été réalisé dans 93,9 % des cas.

Tableau XXV : Relation entre la classification FIGO et la tranche d'âge

FIGO	Tranche d'âge(ans)					Total
	<35	36-45	46-55	56-65	≥ 66	
Stade IIA	0	4	2	3	5	14
Stade IIB	6	2	5	6	0	19
Stade IIIA	2	6	7	12	7	34
Stade IIIB	4	11	4	8	4	31
Stade IV	5	2	7	11	9	34
Total	17	25	25	40	25	132

Test exact de Fisher P= 0,042

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre les stades de FIGO et la tranche d'âge des patientes. (P < 0,05)

Tableau XXVI : Répartition des stades FIGO en fonction de la gestité

FIGO	Gestité				Total
	Nulligeste	Primigeste	Paucigeste	Multigeste	
Stade IIA	0	1	3	10	14
Stade IIB	0	0	6	13	19
Stade IIIA	0	3	4	27	34
Stade IIIB	0	2	2	27	31
Stade IV	1	0	3	30	34
Total	1	6	18	107	132

Test exact de Fisher P= 0,145

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre les stades de FIGO et la gestité. (P > 0,05)

Tableau XXVII : Répartition des stades FIGO en fonction de laparité.

FIGO	Parité					Total
	Nulipare	Primipari té	Paucipare	Multipare	Grande multipare	
Stade IIA	0	1	3	4	6	14
Stade IIB	0	3	4	6	6	19
Stade IIIA	0	3	5	9	17	34
Stade IIIB	0	3	5	7	16	31
Stade IV	1	1	4	11	17	34
Total	1	11	21	37	62	132

Test exact de Fisher P= 0,940

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre les stades de FIGO et la parité. (P>0,05)

Tableau XXVIII : Répartition des stades FIGO en fonction des personnes vivantes avec le VIH.

FIGO	Sérologie HIV		Total
	Non	Oui	
Stade IIA	14	0	14
Stade IIB	18	1	19
Stade IIIA	34	0	34
Stade IIIB	24	7	31
Stade IV	32	2	34
Total	122	10	132

Test exact de Fisher P = 0,01

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre les stades de FIGO et le nombre de personne vivante avec le VIH. (P <0,05)

Tableau XXIX : Relation entre le traitement chirurgical et radio-chimiothérapie.

Traitement chirurgical	Radio Chimiothérapie		Total
	Oui	Non	
Oui	21	103	124
Non	3	5	8
Total	24	108	132

Test exact de Fisher *P= 0,159*

Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre le traitement chirurgical et la radio-chimiothérapie. ($P > 0,05$)

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la survie en mois.

Durée de vie	Fréquence	Pourcentage
0 à 6 mois	26	19,7
7 à 12 mois	13	9,8
> 12 mois	54	40,9
Perte de vue	39	29,5
Total	132	100,0

La durée de survie était plus de 12 mois dans 40,9% des cas. Les perdus de vue étaient de 29,5% des cas.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Méthodologie

Au cours de notre étude nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de 1 an du janvier au 30 Juin 2020. Nous avons colligé 132 cas de cancer du col de l'utérus sur un total de 197cas dans l'année au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré.

La principale limite de notre étude était le manque de certaines informations dans les dossiers explorés et la difficulté de joindre les patientes (appel téléphonique control examen clinique pour l'évolutivité).

4.2. Fréquence

Dans notre étude la fréquence du cancer du col stade avancé était de 71%. Cela s'expliquerait par le fait que les patientes sont vu à un stade tardif de la maladie.

4.3. Données sociodémographiques

L'âge moyen des patientes était de $55,5 \pm 13$ ans avec des extrêmes de 28 et 81 ans. Samaké A(22) dans son étude en 2020 au CHU sur l'apport de la tomodensitométrie dans le bilan d'extension du cancer du col de l'utérus a trouvé un âge moyen de 54 ans avec des extrêmes de 28 ans et 91 ans. Keita A(1) en 2020 à l'hôpital du Mali a rapporté une moyenne d'âge de $52 \text{ ans} \pm 12,56$ dans son étude et Lankoande(23) du Burkina Faso ont apporté respectivement $46 \text{ ans} \pm 12,96 \text{ ans}$ et $48 \text{ ans} \pm 3,7 \text{ ans}$.

Ceci pourrait s'expliquer par la durée de passages des lésions précancéreuses au cancer du col de l'utérus. La principale cause des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus est une infection persistante ou chronique par un ou plusieurs types de VPH à haut risque (ou oncogéniques) couramment acquise au cours des relations sexuelles (3). Le passage d'une lésion précancéreuse à un cancer peut prendre 10 à 20 ans, cela donne suffisamment de temps pour

dépister, détecter et traiter les lésions précancéreuses et éviter leur évolution vers un cancer (2).

Les mariées ont représenté 62,9% des cas. Samaké A (22) et Bayo S (24) avaient rapporté respectivement 60 % et 70,7% des cas étaient des mariées dans leurs études. Selon certains auteurs Camerounais le statut matrimonial ne contribue en rien dans l'apparition du cancer du col de l'utérus(25), (26).

La majorité des femmes vivait dans un régime de polygamie dans 38,7% des cas. Selon la littérature, la multiplicité des partenaires présente un facteur de risque majeur car ce nombre de partenaires sexuels est la traduction de l'exposition répétée au VPH. Le risque de développer un cancer du col est environ trois fois supérieur chez les femmes ayant dix partenaires différents au cours de la vie, comparativement à celles ayant un seul partenaire(2).

La majorité des patientes était ménagère soit 91,7%. La grande multipare était majoritairement représentée dans 47,8% des cas. Ce résultat est comparable à ceux de la littérature. Samaké A (22) a trouvé la multiparité dans 54,3% et les grandes multipares représenté 31,4% dans son étude. Kamissoko MJ (27) en 2018 a trouvé 54,1% des grandes multipares.

Selon la littérature la parité élevée (cinq grossesses à terme ou plus) semble-t-elle augmenter le risque du cancer du col utérin (28).

4.4. Données cliniques

La majorité des patientes était référée pour une prise en charge de cancer du col déjà diagnostiqué soit 88,6 % des cas et la métrorragie dans 6,8 % des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Keita A(1) en 2020 au l'Hôpital du Mali qui a trouvé une métrorragie dans 98,8% des cas.

Dans la littérature les symptômes les plus courants sont les métrorragies provoquées par les rapports sexuels et les hydorrhées, en cas de lésion infectée

(1).La tumeur était bourgeonnante (36,3%),ulcéro-nécrotique (23,4%)inflammatoire dans 27,2% des cas.

Le type histologique le plus retrouvé était le carcinome épidermoïde dans 90,2% des cas et la tumeur était moyennement différencié soit 80,3% des cas. Elle était mature dans 95,5% des cas. Selon la littérature 95% des tumeurs de col de l'utérus seraient des carcinomes épidermoïdes. Ce résultat est superposable à celui de Mariko (29) et d'EFFI AB et AL(30) qui avaient trouvé respectivement 94,04% pour les carcinomes épidermoïdes et 5,56% pour les adénocarcinomes et 93% pour les carcinomes épidermoïdes et 5% pour les adénocarcinomes.

Cela serait dû d'une part à l'ignorance de la maladie et aux croyances surnaturelles sur la maladie d'autre part au diagnostic tardif de la maladie qui est souvent dû au délai entre la survenue de la métrorragie et la consultation qui dure en moyenne 6 mois.

4.5. Traitement

Le traitement radio chimiothérapie a été réalisé dans 93,9% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Kamissoko MJ (27)qui a apporté 5,4% de radiothérapie et 40,13% pour la radiochimiothérapie.

Cela pourrait s'expliqué d'une part, par le diagnostic tardif de la maladie et d'autres part, compte tenu de la morbidité liée aux traitements cumulés et de l'absence d'impact sur la survie globale. Le traitement de référence demeure la radio chimiothérapie concomitante(31)(32).

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 18,20% des cas soit 24 cas. Parmi les 24 patientes opérées 17 cas ont été indiqués stade 2 de FIGO soit 70,8% des cas et 7 cas de stade 3 de FIGO soit 29,2% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Kamissoko MJ (27)qui a apporté 29,73% cas . Cette infériorité du taux de traitement chirurgical a été constatée chez Diarra (33)en 2009, Samaké(34)en 2014 et N'guessan et al à Cocody (35)en

2006, qui ont rapporté respectivement 26,36% ; 30,1% et 8,8% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de nos patientes étaient à des stades avancés au moment de leur arrivée à l'hôpital.

4.6. Évolution

La durée de survie était plus de 12 mois dans 40,9% des cas. Les perdus de vue étaient de 29,5% des cas.

Les perdus de vue étaient de 27,9% des cas. Selon les données de l'institut national du cancer de France (36), la survie relative de cancer du col de l'utérus à 5 ans (1999-2005) estimée par le programme SEER est de 91,5% à un stade local, 57,7% à un stade régional et 17,2% à un stade métastatique.

CONCLUSION

Le pronostic des cancers du col stade avancé est sombre dans notre pays à cause d'un retard diagnostique et du plateau technique insuffisant pour la prise en charge. Un dépistage précoce serait le seul moyen de pallier à cette situation.

RECOMMANDATIONS

Au terme de nos travaux, nous faisons quelques recommandations.

✓ Aux Autorités politico-sanitaires

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la prévention de cancer du col utérin (vaccination, dépistage de cancer du col de l'utérus).
- Renforcer l'éducation sexuelle des enfants en luttant contre le mariage précoce et les infections sexuellement transmissibles(IST).
- Équiper les laboratoires de biologie, d'anatomopathologie et de gynécologie en matériels et en personnel qualifié.

✓ Aux prestataires de service de santé

- Assurer la formation continue des professionnels de la santé sur le cancer du col de l'utérus.
- Systématiser le dépistage de cancer du col utérin quel que soit le motif de consultation des femmes.
- Promouvoir la collaboration interdisciplinaire par l'organisation des staffs pluridisciplinaires (anatomopathologiste, gynécologue, chirurgien, psychologue et oncologue) pour améliorer la qualité de la prise en charge.

✓ A la population

- Participer massivement aux campagnes de dépistage du cancer du col utérin.
- Se faire consulter au centre de santé le plus proche dès l'apparition des premiers signes.
- Suivre ou aider le patient(e) à suivre régulièrement le traitement du cancer en général et le cancer du col en particulier.

REFERENCES

1. Keita A. Cancer du col de l'utérus : Aspect thérapeutique dans le Service de Radiothérapie de l'Hôpital du Mali [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, N°24, 108p; 2020.
2. Kodio A. Prévalence de l'infection a papillomavirus et des lésions précancéreuses du col de l'utérus a Sikasso [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, N°118, 107p; 2020.
3. OMS. La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles-2ème Edition. Geneve : Organisation mondiale de la Sante ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo> . Consulté le 15/11/2021.
4. Neerja Bhatla, Daisuke Aoki;DayaNand Sharma; Rengaswamy Sankaranarayanan: Cancer of the cervix uteriFIGO CANCER REPORT 2018DOI: 10.1002/ijgo.12611.
5. Deng H, Hillpot E, Mondal S, et al. HPV16-Immortalized Cells from Human Transformation Zone and Endocervix are More Dysplastic than Ectocervical Cells in Organotypic Culture. *Sci Rep.* 2018;8(1):15402.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
7. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet.* 2007;370(9590):890-907.
8. McBride AA, Warburton A. The role of integration in oncogenic progression of HPV-associated cancers. *PLoS Pathog.* 2017;13(4):e1006211.
9. Darragh TM, Colgan TJ, Thomas Cox J, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Int J Gynecol Pathol.* 2013;32(1):76-115.
10. Kinlen LJ, Spriggs AI. Women with positive cervical smears but without surgical intervention. A follow-up study. *Lancet.* 1978;2(8087):463-5.

11. Ogembo RK, Gona PN, Seymour AJ, et al. Prevalence of human papillomavirus genotypes among African women with normal cervical cytology and neoplasia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122488.
12. Diallo A. Épidémiologie et prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin dans la ville de sikasso ; thèse de médecine ; Bamako ; 2020 ;N°114 ; p107.
13. Clifford GM, Smith JS, Aguado T, et al. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2003;89(1):101-5.
14. Kamissoko MJ. Cancer du col de l'utérus à Bamako : à propos d'un suivi de 37 cas. Thèse de Méd. FMOS ; 2018 ; N° 73, 89p.
15. Sarakaranyanan R, Wesley R S. Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales, Lyon 2004, CIRC pub technique 141 : 1-16.
16. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denny LA, Gren-man S, Karunaratne K, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. [abstract S020.2 presented at the FIGO XXII World Congress of Gynecology and Obstetrics. Rio de Janeiro, Brazil, October 14-19, 2018]. *Int J Gynecol Obstet* 2018;143(Suppl.3):129—35, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12584>.
17. Bekhouche A, Pottier E, Wahab CA, Milon A, Kermarrec E, Bazot M, et al. Nouvelle classification et recommandation de prise en charge du cancer du col de l'utérus selon la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO). *Imagerie de la Femme* (2019) 29, 187-194.
18. Pierre G, Sergez H, Jean- Charles P, et al. *Traité de médecine*. Flammarion : 4^{ème} éd ; Tome II, 2076-2081.
19. Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Black D, Levine DA, Chi DS, Barakat RR. Fertility-sparing radical abdominal trachelectomy for cervical carcinoma: technique and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2006;103: 807-13.
20. Eralp Y, Saip P, Sakar B, Kucucuk S, Aydiner A, Dincer M, et al. Prognostic factors and survival in patients with metastatic or recurrent carcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:497—504.
21. Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, Thaler HT, Cella D, Benda J, et al. study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 2004;22:3113-9.

22. Samaké A. Apport de la tomodensitométrie dans le bilan d'extension du cancer du col de l'utérus; thèse de médecine ; Bamako ; 2020 ;N°155 ; p94.
23. Lankouande J., Sakande B., Ouédraogo A., Ouédraogo C. MR, Ouattara T., Bonane B., Koné B. Aspects épidémiocliniques et anatomo-pathologiques du cancer du col utérin dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina-Faso). *Médecine d'Afrique Noire* : 1998, 45(7), p442-445.
24. Bayo S, Xavier B, De San Jose S, Munoz N, Combita A L, Coursaget P, et al. Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31:200-209.
25. Christian F. Les autres facteurs du cancer du col. *Medscape Women Health*. Mars 2004, p23.
26. Tebu PM, Sandjong J, Nkele N, Fokoua S, Achou P, Kouam L, et al. Lésions précancéreuses du col utérin en zone rurale: étude transversale. *Médecine d'Afrique noire* 2005- 52, p23.
27. Kamissoko MJ . Cancer du col de l'utérus à Bamako: à propos d'un suivi de 37 cas; thèse de médecine ; Bamako ; 2018 ;N°73 ; p89.
28. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*. 2003;361(9364):1159-67.
29. Mariko K épouse Keita. Aspect histopathologiques des cancers du col de l'utérus au Mali : A propos de 845 cas (thèse de médecine).Présentée le 15 juillet 2008. Consulter le 29 /09/2019.
30. Effi A.B., Doukouré B., Troh E., Koffi K., Koke S., D'Horpock A.F., Diomandé M.I., Honde M., Cancers du col utérin en Côte d'Ivoire, aspects histo-épidémiologiques, à propos de 529 cas au service d'Anatomie Pathologique- CHU Abidjan, 7eme journées Franco-Africaines de Pathologie-Bamako (Mali), 1-3 février 2005.
31. Chargari C et al., Cancers du col utérin : nouveautés dans la prise en charge en oncologie radiothérapie *Cancer radiother*(2018).
32. Cibula D, Potter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie-Meder C et al., The European Society Of Gynecological Oncology /European Society For Radiotherapy And Oncology/European Society Of Pathology guide-lines for the management of patients with cervical cancer.*Radiother Oncol* 2018; 127.

33. Diarra I M. Aspects clinique et thérapeutique de cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point G. [thèse : Med] UB 09-M-152, 102 p.
34. Samaké S. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques du cancer du col [Thèse : Med] Bamako 2014, N°111, 55 p.
35. N'Guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S. Cancer du col de l'utérus prise en charge en milieu africain. Mali Med 2009, 24(3):27-30.
36. Institut national du cancer. Survie attendue des patients atteints du cancer en France. : État des lieux. 2010 : 36-37 ; 55 p.

Fiche signalétique

Nom : Diakité

Prénom : Oumar dit Noumory

Nationalité : Malienne

Thème : CANCER DU COL DE L'UTERUS STADE AVANCE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET THERAPEUTIQUES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL

Année universitaire : 2020 - 2021

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteurs d'intérêts : Gynécologie, Santé Publique

RESUME

L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données s'étendant sur une période de 6 mois.

Ont été incluse dans cette étude tous les cas de cancer du col dont le stade était \geq II selon la classification de FIGO Qui ont été suivie dans le service Dossier exploitable

Au cours de notre étude nous avons noté une prédominance de la tranche d'âge 56 à 65 ans soit 30,3% des cas majoritairement mariées soit 62,9 % des cas dont la majorité était polygame soit 38,7% des cas.

La plupart de nos patientes avait un partenaire multiple soit 56,8 % des cas. La grande multipare était de 47,8% des cas et 81,8 % était des grandes multigestes.

Les contraceptifs oraux étaient les plus utilisés, soit 30,3% des cas. La majorité des patientes était référée pour une prise en charge de cancer du col déjà diagnostiqué soit 88,6 % des cas et la métrorragie dans 6,8 % des cas.

Le type histologique le plus retrouvé était le carcinome épidermoïde dans 90,2% des cas et la tumeur était moyennement différencié soit 80,3% des cas. Elle était mature dans 95,5% des cas.

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 18,20% des cas. Le wertheim a été Retrouvé dans 83,3% et l'hystérectomie plus annexectomie dans 16,7% des cas. Le traitement radio chimiothérapie a été réalisé dans 93,9% des cas. La durée de survie était plus de 12 mois dans 40,9% des cas. Les perdus de vue étaient de 29,5% des cas.

Mots clés : Cancer du col, Gynéco-Obstétrique, Mali.

Data sheet

Name : Diakite

First name : Oumar dit Noumory

Nationality : Malian

Theme : MANAGEMENT OF CERVICAL CANCER ADVANCED STAGE IN THE OBSTETRIC GYNECOLOGY DEPARTMENT OF GABRIEL TOURE CHU

Academic year: 2020 - 2021

Defense city: Bamako

Place of deposit: Library of the FMOS of Bamako

Areas of interest: Gynecology, Public Health

ABSTRACT

The objective was to study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cervical cancer in the obstetrics gynecology department of the CHU Gabriel Touré. This was a cross-sectional study with retrospective data collection spanning a period of 6 months.

Included in this study were all cases of cervical cancer whose stage was \geq II according to the FIGO classification Who were followed up in the Usable File service During our study we noted a predominance of the age group 56 to 65 years old i.e. 30.3% of cases mostly married i.e. 62.9% of cases including the majority were polygamous, i.e. 38.7% of cases.

Most of our patients had a multiple partner, 56.8% of cases. The grand multipara was 47.8% of cases and 81.8% were grand multigravida. Oral contraceptives were the most used, 30.3% of cases. The majority of patients were referred for cervical cancer care already

diagnosed in 88.6% of cases and metrorrhagia in 6.8% of cases. The most found histological type was squamous cell carcinoma in 90.2% cases and the tumor was moderately differentiated, i.e. 80.3% of cases. She was mature in 95.5% of cases. Surgical treatment was performed in 18.20% of cases. The wertheim was Found in 83.3% and adnexectomy hysterectomy in 16.7% of cases. Radio-chemotherapy treatment was performed in 93.9% of cases. The survival time

was more than 12 months in 40.9% of cases. The lost sight Were 29.5% of cases.

Keywords : Cervical cancer, Gyneco-Obstetrics, Mali.