

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE(FMOS)

Année universitaire 2014-2015

N°.....

Titre

DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES
ET CANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS PAR
LES METHODES D'INSPECTION VISUELLE ET
SUIVI AU CSREF COMMUNE V

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le / / 2015 devant la Faculté
de médecine et d'Odonto Stomatologie

Par M. **Abdoul K KONATE**

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

JURY

Président : Pr. Moustapha TOURE

Membres : Dr. Soumana Oumar TRAORE

Codirecteur : Dr. Bourama COULIBALY

Directeur : Pr Cheick B. TRAORE

Abdoul Karim Konaté

Thèse de médecine 2015

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Allah, le clément, le Miséricordieux et le très Miséricordieux qui m'a permis de mener à bien ce travail si long et si pénible et voir ce jour que j'attendais tant. Fasses que je me souvienne toujours de toi en tout lieu et en toute circonstance à chaque instant du restant de ma vie.

A notre prophète Mohamed

Paix et salut sur lui

A toutes les femmes victimes du cancer du col de l'utérus.

A mon père Sidiki Konaté :

Je ne saurais comment t'exprimer ma gratitude et mon profond amour. Tu as été l'initiateur de ce travail car tu as guidé mes premiers pas vers l'école. Ton soutien moral, matériel et financier ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité.

Homme modeste, honnête, combattant des causes d'autrui et partisan du travail bien fait, tu resteras toujours un exemple à suivre. Merci encore une fois de plus pour tes très longues prières nocturnes, afin que le bon DIEU nous apporte sa bénédiction. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une meilleure santé auprès de nous.

A ma chère mère Salimata Mariko

Vous avez tant souffert pour vos enfants, 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 te bénisse et te garde aussi longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits murs dont tu as tant souffert pour l'entretien. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Merci Maman !

A ma tante Fanta Sylla

C'est la langue de Molière qui me permet de t'appeler ainsi sinon tu es une seconde mère pour moi. Tu as toujours su donner ton sein à tes enfants et aux enfants d'autrui sans distinction aucune. Tu as été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis mon jeune âge. Je t'en serai toujours reconnaissant. Que le bon Dieu te bénisse et te garde longtemps auprès de nous.

A mes grandes sœurs Awa, Ami, Kadi et Nènè KONATE

Adorables sœurs, vous avez toujours été à la hauteur de mes attentes. Paix et tranquillité dans votre foyer respectif sont mes plus grandes aspirations à votre égard.

A mes frères particulièrement à notre benjamin Check Oumar KONATE

Docile, généreux, souriant et aimé de tous. Tu as toujours été mon compagnon d'école, d'abord au primaire, au collège ensuite au lycée et enfin à l'université. Tu es aussi presque à la sortie. Que Dieu te facilite le reste, que tu fasses mieux que moi. Incha Allah nous aurons tant de chose à partager.

A mes cousines particulièrement à Dr Diakité Haby KONATE

Ton soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut. Je te souhaite une très bonne carrière médicale et un heureux ménage.

A mes cousins

De crainte d'en oublier, je n'ai pas cité les noms. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous en serais toujours reconnaissant. Je vous souhaite plein de succès dans vos différentes entreprises.

A mes amis

Soungalo Dembélé, Hamadoun Niangaly et Souleymane Diarra, compagnons inséparables, ensemble nous avons traversé des moments, parfois pénibles mais nous en sommes sortis encore plus forts et plus soudés. Avec vous j'ai compris le sens du mot amitié. Sachez que je serai souvent nostalgique des moments agréables passés ensemble. Que Dieu nous unisse éternellement.

A Maimouna Sidibé et Awa Cissé, en plus d'être des amies, vous êtes comme des sœurs. Du courage et bonne chance pour vos examens. Je vous remercie infiniment.

REMERCIEMENTS

MES REMERCIEMENTS

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

Au professeur Cheick Bougadari Traoré, les moments passés dans votre service nous resteront en mémoire à jamais grâce à votre sympathie et votre gentillesse.

Au professeur Bakarou Kamaté, tous nos sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez. Que Dieu vous bénisse.

Aux docteurs Bourama Coulibaly et Mallé

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

Au docteur Mamadou Keita

Vous faites partir de nos formateurs, Merci pour votre aide.

Aux docteurs : Oumar M Traoré, Soumana O Traoré, Silimana Fanta, Hamady Sissoko et Daouda Camara

Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez.

A tous mes compagnons de travail : les internes des différents services, Bonne carrière Médicale.

A tout le personnel de l'HGT, de l'Hôpital du Point-G et du CSRéf. de la Commune V et particulièrement les sages femmes et aides soignantes participant aux travaux de dépistage.

A tous mes maîtres du primaire, secondaire, et de la FMOS.

Voici le fruit de votre œuvre commune. Gratitude infinie !

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, pour la réalisation de ce travail, de façon désintéressée; sincère gratuite.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Président du jury

Professeur Moustapha Touré

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Chef du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du Mali.**
- ✓ **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto -Stomatologie (FMOS)**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**
- ✓ **Vice président de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens (UPIGO).**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, nous est allée droit au cœur.

Votre abord facile, votre modestie, votre disponibilité, la clarté de votre enseignement, vos qualités humaines, surtout votre rigueur dans la démarche médicale font de vous une référence.

Cher maître, veuillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Qu'ALLAH vous garde longtemps encore auprès de nous.

A notre maître et juge

Docteur Soumana Oumar Traoré

Gynécologue Obstétricien ;

Praticien au CSRéf CV ;

Cher Maître,

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution.

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens.

La rigueur dans le travail bien fait, le souci constant et permanent, votre expérience et votre compétence font de vous un maître sur et incontestable ;

Veillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.. Que Dieu vous accorde une longue vie et une brillante carrière médicale.

A notre maître et codirecteur

Docteur Bourama Coulibaly

Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques ;

Praticien hospitalier au CHU du Point G.

Collaborateur du registre des cancers du Mali et

Ancien interne des hôpitaux

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail ;

Votre apport a été inestimable dans la réalisation de ce travail ;

Votre disponibilité, votre sympathie et votre simplicité font de vous une personne exemplaire .Que Dieu vous donne une longue vie pour la réalisation de vos différentes ambitions.

A Notre Maître et Directeur

Professeur Cheick Bougadari Traoré

Maître de conférences Agrégé en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS ;

Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au CHU du Point G ;

Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G ;

Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus ;

Collaborateur du registre national des cancers au Mali.

Cher Maître,

Nous vous remercions pour avoir dirigé ce travail ;

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service ;

L'assiduité, la ponctualité, la sociabilité et la rigueur scientifique qui vous caractérise 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 sous votre impulsion qu'éclot l'école malienne de l'Anatomie Pathologie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I-OBJECTIFS.....	4
II-GENERALITES.....	6
1- Rappels.....	7
2-Généralités sur le cancer.....	15
3-Principes physiopathologiques des tests visuels.....	34
III- MÉTHODOLOGIE	38
1-Cadre d'étude.....	39
2-Période d'étude.....	39
3-Type d'étude.....	40
4-Critères.....	40
5- Matériels de travail.....	40
6- Saisie et analyse des données.....	42
IV-RESULTATS.....	43
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	55
VI- CONCLUSION.....	60
VII- RECOMMANDATIONS.....	62
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
ANNEXES.....	
.....	

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

AMT : Auron Misheil Therapy

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra –Epithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

COLPO : Colposcopie

CI : Cancer Invasif

DDR : date des dernières règles

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FCV : Frottis Cervico Vaginal

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

CHUGT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

HPV/VPH : Human Papillomavirus/Virus du Papillome Humain

Hyst : Hystérectomie

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IV : Inspection Visuelle

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application du Lugol

JPC : Jonction Pavimenteuse Cylindrique

LIEBG : Lésions Intra –Epithéliales de Bas Grade

LIEHG : Lésions Intra – Epithéliales de Haut Grade

OC : Orifice Cervical

Abdou Karim Konaté

Thèse de médecine 2015

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : organisme non gouvernemental

PNLCC : Programme National de Lutte contre le Cancer

RAD : Résection à l'Anse Diathermique

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

TV : Trichomonas Vaginalis

UIV : Urographie Intra –Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZR : Zone de Remaniement

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome qui se développe au dépend du col utérin . Ce cancer à l'échelle mondiale représente 10 % des cancers féminins et occupe la deuxième place derrière le cancer du sein chez la femme avec une incidence de 470.000 nouveaux cas par an et 23.000 décès [1]. De nombreuses évolutions diagnostiques et thérapeutiques et surtout une politique adéquate de prise en charge par le dépistage systématique des lésions précancéreuses et cancéreuses ont permis une forte diminution de sa morbidité et de sa mortalité en occident. Environ 80 % des cas de cancer du col de l'utérus surviennent dans les pays en développement et seulement 15% des cas chez les femmes européennes avec une diminution annuelle de 4 % par an en Europe du nord et de l'Ouest [1].

En Afrique, ce cancer occupe la première place avec une mortalité toujours élevée, faisant de lui un sérieux problème de santé publique.

Selon les données récentes du registre des cancers du Mali, ce cancer vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence relative de 31% et une incidence de 20,5 pour cent mille habitants [2]. Dans nos pays, près de la moitié des cancers du col ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [3]. Ce qui est regrettable pour un organe aussi accessible à l'exploration, et aux traitements. 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 précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans, avant de donner le cancer. Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications: dysplasies, néoplasie intra épithéliale (CIN), lésions précancéreuses de bas et haut grades. En effet, dès le début des années 1980, des études rapportaient que la simple observation du col au spéculum et surtout,

l'application de l'acide acétique et du lugol sur le col, permettaient de dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses opérables du col, avec une sensibilité comparable à celle du frottis [4].

Au Mali, le dépistage par la méthode visuelle a démarré en 2001 et, a permis d'avoir un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée [5].

C'est dans le but de faire un bilan de ces activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les tests visuels IVA/IVL au CSRefCV que nous avons décidé de mener cette étude.

OBJECTIFS

1-Objectif général

Faire le bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les tests visuels IVA et IVL au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Définir le profil socio démographique des patientes dépistées au CSRefCV.
- Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRefCV du district de Bamako.
- Déterminer les types histologiques des dysplasies et des cancers du col de l'utérus au CSRefCV du district de Bamako.
- Décrire les méthodes thérapeutiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRefCV du district de Bamako.
- Décrire le suivi des femmes atteintes de lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRefCV du district de Bamako.

II.GENERALITES

2-GENERALITES

2.1 Rappels

2.1.1 Rappels anatomiques

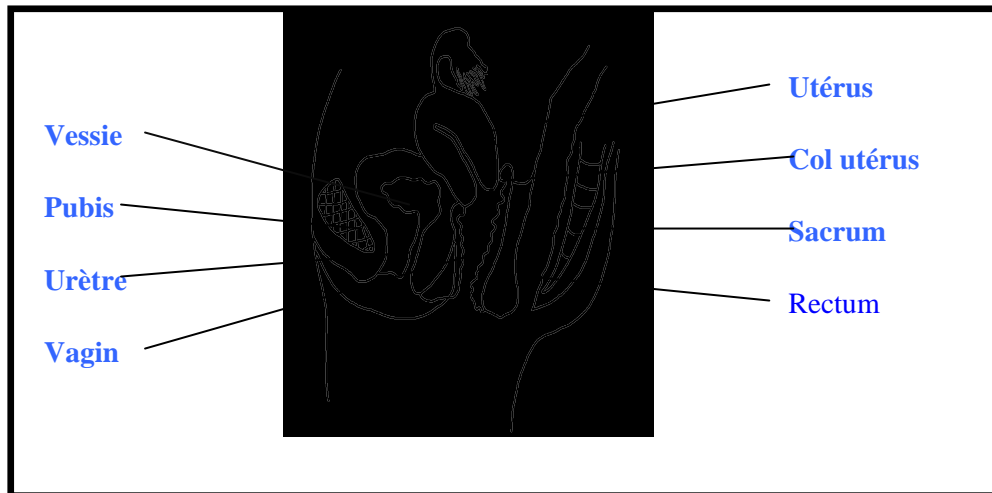


Schéma1 : Coupe sagittale des organes pelviens [6]

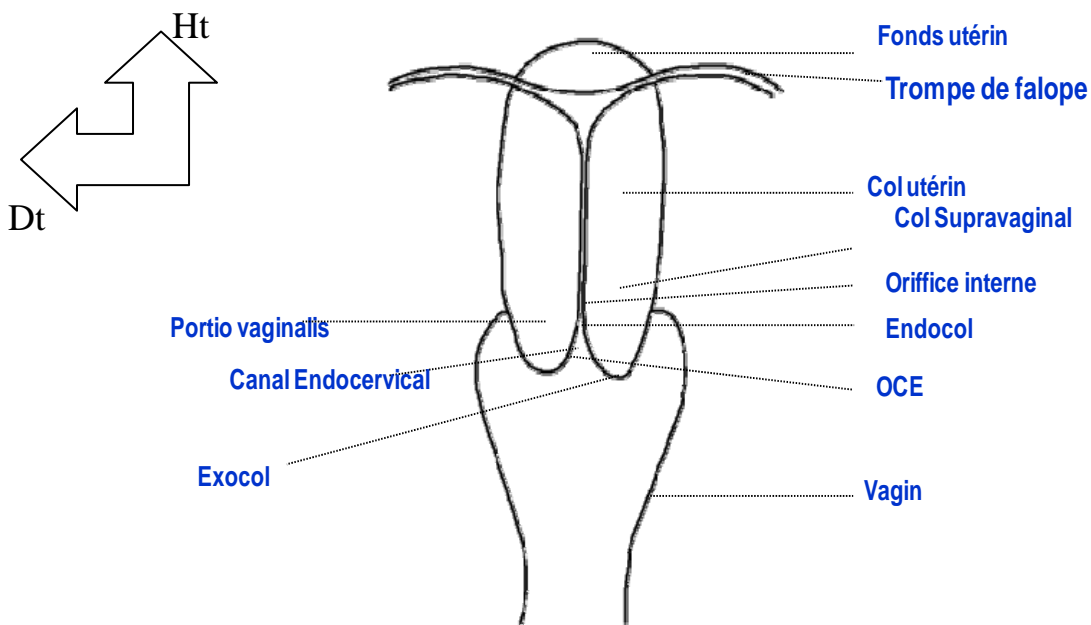


Schéma 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [6]

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

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

Le col mesure 3 à 4 cm de longueur et 2,5 à 3,5 cm de diamètre, il est de forme conique ou cylindrique. Il évolue au cours de la vie. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge, de la parité et, du statut hormonal de la femme.

- ❖ **Chez la nullipare**, il est arrondi et, l'orifice externe apparaît sous l'aspect d'une petite ouverture circulaire

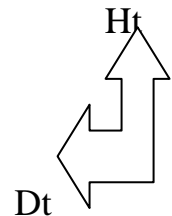
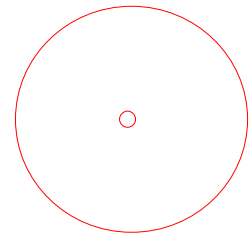
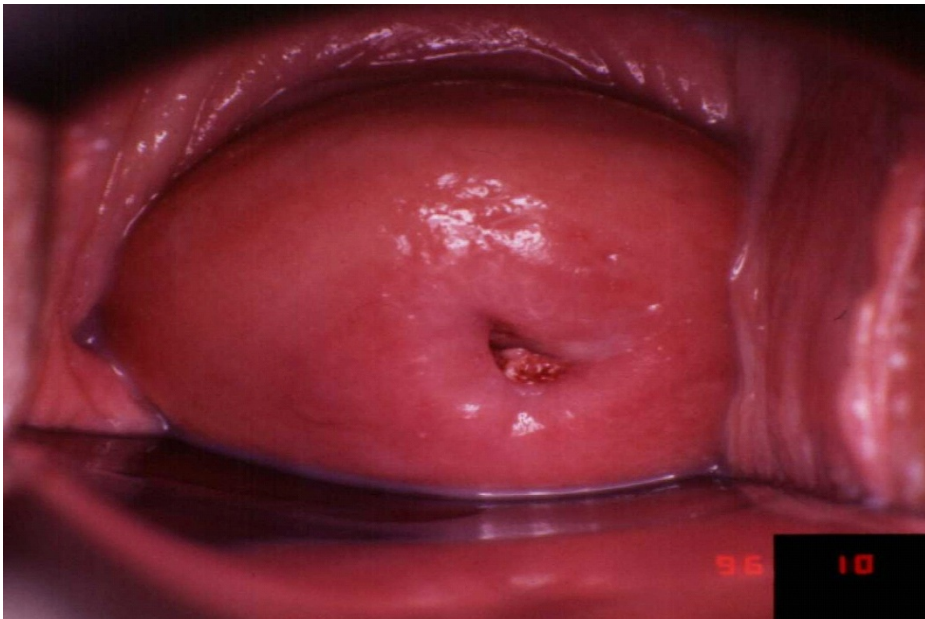


Figure 1 : col de nullipare [6]

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

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

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

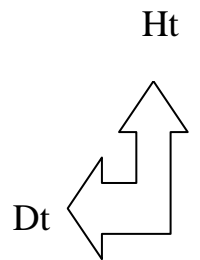
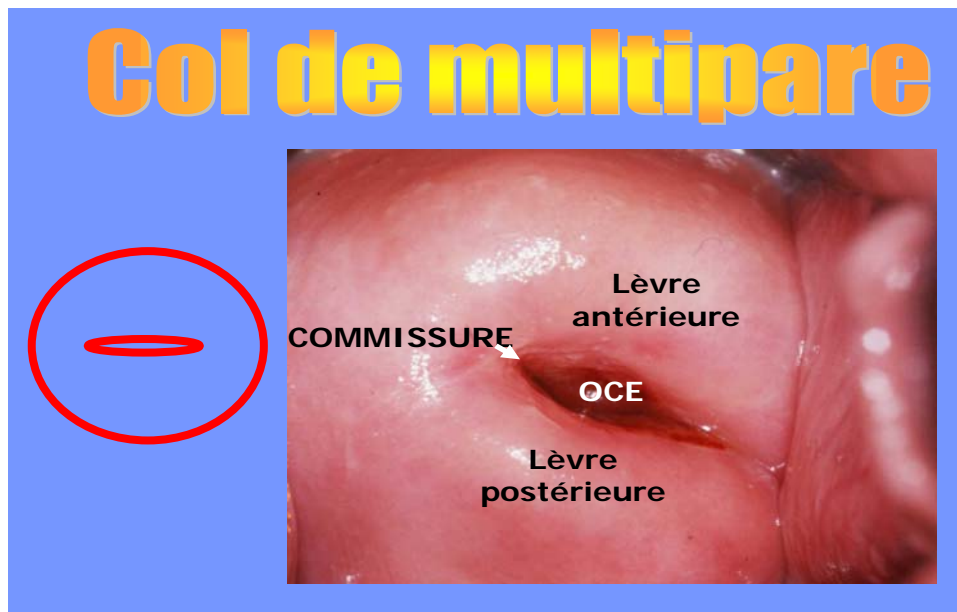


Figure 2 : col de multipare [6]

2.1.2. Rappels histologiques

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

a. L'exocol [5]

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

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

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

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

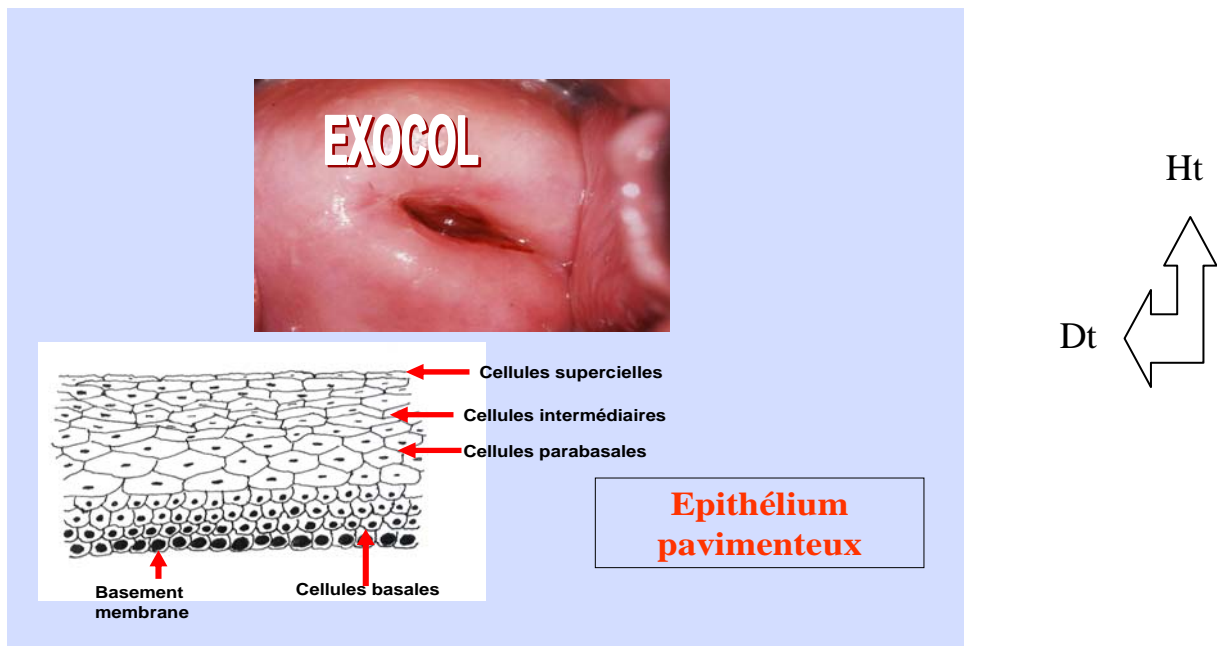


Figure 3 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [6]

b.L' endocol [6]

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

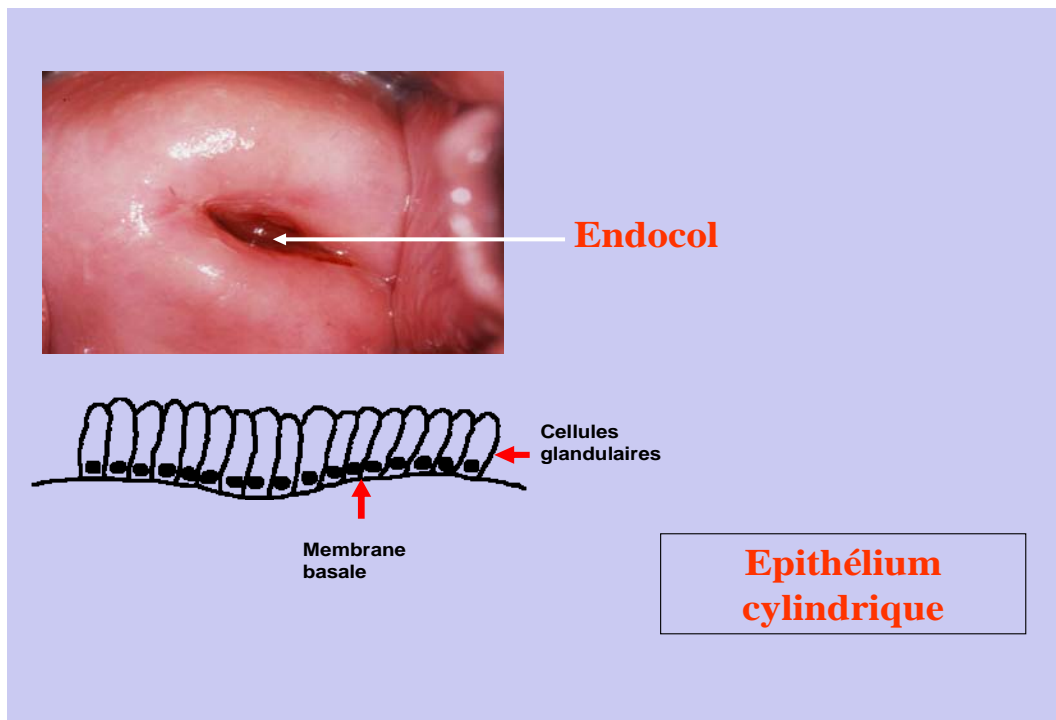


Figure 4 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal [6]

b. La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [6]

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

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

- Au pré ménopause la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se situe au niveau de l'orifice à cause de la diminution du taux d'œstrogène entraînant une diminution de la taille du col et par conséquent un

déplacement plus rapide de la jonction pavimento-cylindrique vers l'orifice externe et dans le canal endocervical.

- Après la ménopause, la nouvelle JPC n'est plus visible ; elle a disparu dans l'endocol. L'épithélium pavimenteux métaplasique mature, s'étend sur presque tout l'exocol ; elle se situe dans le canal endocervical donc, n'est presque pas visible

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

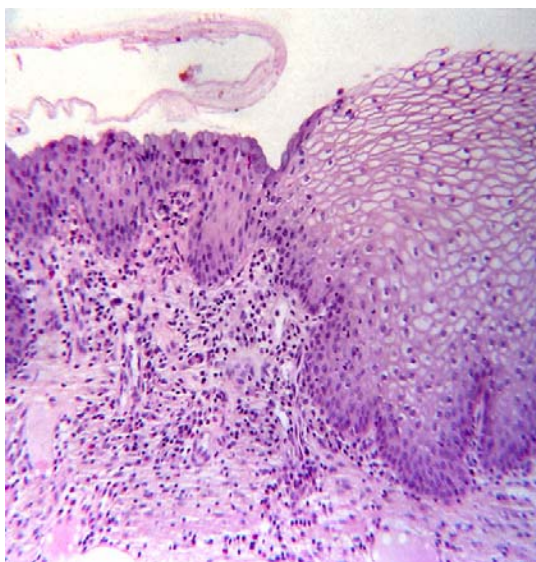


Figure 6 : Coupe histologique normale de la zone de JPC [6]

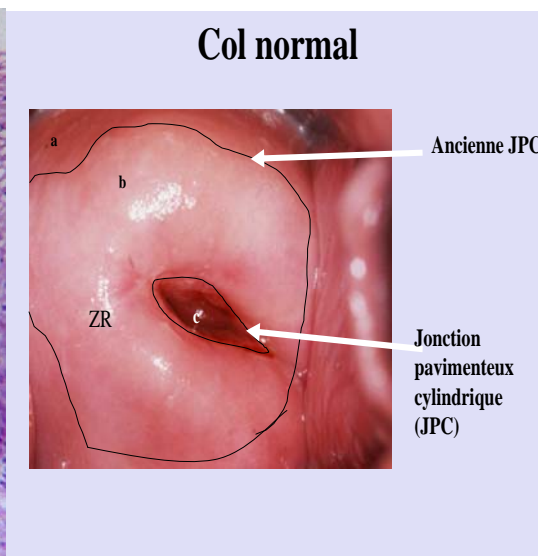


Figure 5 : Col normal avec la JPC [6]

2.2. Généralités sur le cancer

2.2.1. Définition du cancer du col utérin

Le cancer du col de l'utérus est une prolifération anormale, anarchique et autonome des cellules, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité

variable selon les régions [7, 8]. L'histoire naturelle du cancer du col montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papillomavirus) [9]. Il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

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

Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses sont faciles à diagnostiquer et le traitement est simple et reproductible, qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [10, 11].

2.2.2. Etiopathogenie du cancer

➤ Facteurs de risque

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

- ✓ Les infections par certains types oncogènes de papilloma virus humain : HPV (16, 18, 31,45) est à l'origine de plus de 90% des cancers cervicaux ;
- ✓ L'infection à herpes virus simplex.
- ✓ La précocité et la fréquence des rapports sexuels
- ✓ La multiparité et une maternité précoce
- ✓ Le bas niveau socioéconomique
- ✓ Les partenaires sexuels multiples
- ✓ L'utilisation au long court des contraceptifs oraux ; ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables portes d'entrée pour le HPV.
- ✓ **Infection par le papilloma virus [12]**

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

Ils sont responsables de lésions précancéreuses du col. La reconnaissance du condylome repose également sur la découverte de koilocytes :

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

Si le condylome est isolé son traitement consiste à une surveillance simple, on traitera le partenaire en conseillant des préservatifs pour les rapports ; ce n'est qu'en cas de persistance qu'une destruction par cryothérapie ou laser se justifie.

Des récurrences sont possibles : c'est une affection sexuellement transmissible. Un dépistage annuel de surveillance est souhaitable.

➤ **Les lésions dysplasiques ou précancéreuses**

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

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

Les progrès de la cytologie ont conduit à l'identification des lésions précoces appelées dysplasies, qui impliquent le développement futur probable d'un cancer. Pendant de nombreuses années, le carcinome in situ (CIS) était traité très agressivement (très souvent par une hystérectomie) tandis que les dysplasies considérées comme moins importantes n'étaient pas traitées ou étaient traitées par biopsie per colposcopie et cryochirurgie [10].

Le concept de néoplasie intra épithéliale (CIN) du col a été introduit en 1968, quand Richart a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer [15]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement [16]. Néanmoins, le terme CIN réfère à une lésion qui pourrait progresser vers le cancer. Ce terme est équivalent à celui de dysplasie.

La dysplasie signifie « maturation anormale » ; par conséquent, une métaplasie proliférative sans activité mitotique ne doit pas être appelée dysplasie. Une métaplasie épidermoïde ne doit pas être diagnostiquée comme dysplasie (CIN) parce qu'elle ne progresse pas vers le cancer invasif [10].

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

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

TABLEAU I : Corrélation entre les différentes classifications [5]

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

➤ **Caractéristiques cliniques**

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

➤ **Diagnostic des dysplasies**

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

2.2.3. Histologie

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

- Différenciation, maturation et stratification des cellules

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

- Anomalies nucléaires

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

- Activité mitotique (présence des figures de division cellulaire)

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

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

2.2.4. Traitement [12]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

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

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

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

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

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

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

2.2.5. Surveillance [12]

La surveillance doit être stricte :

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

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

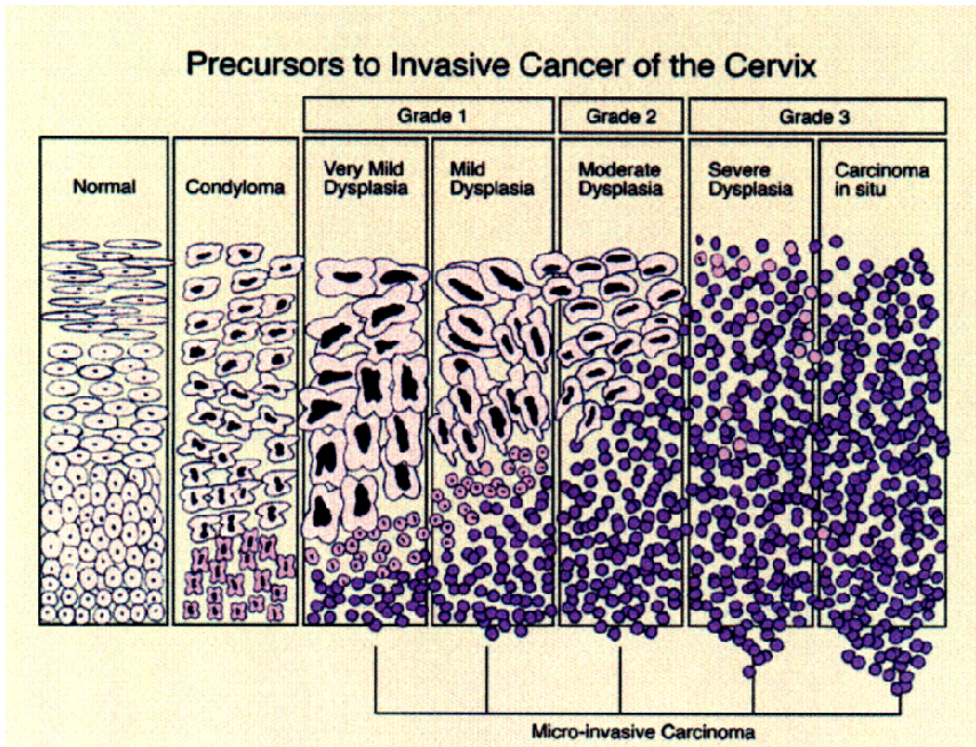


Figure 7: Coupe histologique de la lésion précurseur du cancer du col [6]

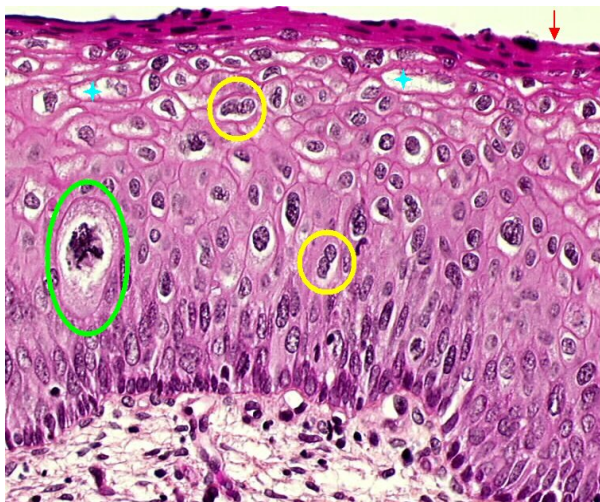


Figure 8 : Coupe histologique d'un épithélium avec infection à HPV plus dysplasie légère [6]

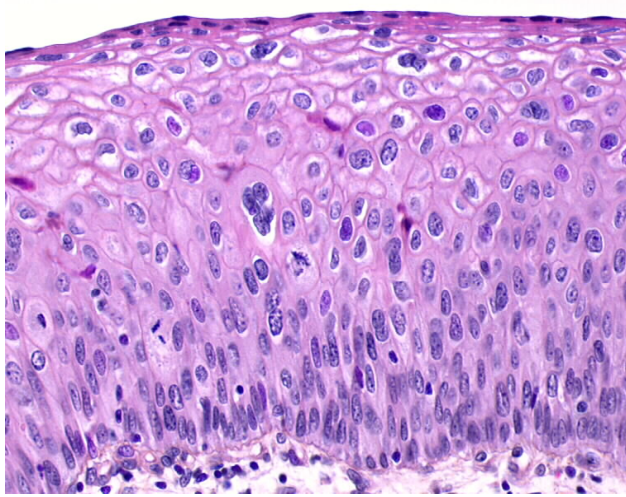


Figure 9 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie modérée [6]

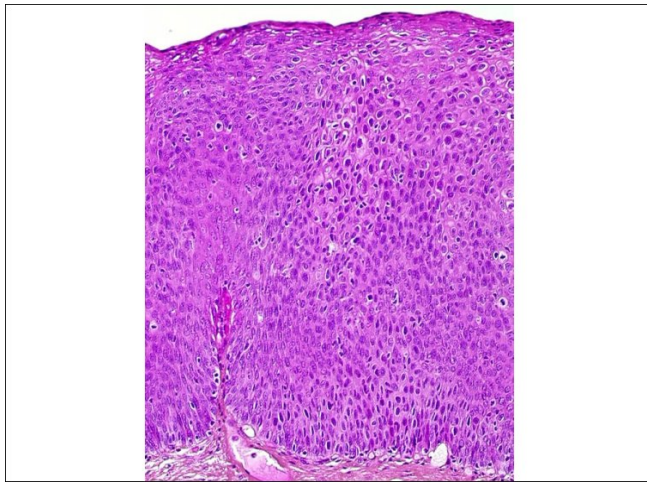


Figure 10 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie sévère

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

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

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

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

2.2.7. Le Cancer invasif

➤ Caractéristiques cliniques

Dans les stades précoces, le cancer peut ne manifester aucun symptôme ou signe clinique. Les femmes atteintes d'un cancer invasif du col à un stade modérément avancé ou avancé ont souvent un ou plusieurs symptômes : saignement inter menstruel, saignement post coïtal, pertes vaginales importantes seropurulentes, cystite récurrente, douleurs dorsales et pelviennes, œdèmes des membres inférieurs, obstruction urétérale, occlusion intestinale, dyspnée due à l'anémie et à la cachexie.

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

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

De temps en temps, ces cancers peuvent ne présenter aucune manifestation tumorale en surface, et se manifester seulement par une hypertrophie du col qui prend alors une forme irrégulière avec une surface granuleuse et rugueuse. Lorsque l'invasion se poursuit, elle peut affecter le vagin, les paramètres, la paroi pelvienne, la vessie et le rectum. La compression de l'uretère provoquée par une tumeur localisée peut entraîner une obstruction urétérale responsable par la suite d'une hydronéphrose, et d'une insuffisance rénale. L'invasion locorégionale s'accompagne d'une extension métastatique aux ganglions régionaux. Les métastases dans les ganglions para aortiques peuvent parfois traverser la capsule du ganglion pour aller directement envahir les vertèbres et les terminaisons nerveuses à l'origine de douleurs dorsales.

Ainsi l'invasion directe des branches des terminaisons du nerf sciatique provoque des douleurs dorsolombaires et des douleurs dans les membres inférieurs. De la même façon, l'atteinte des veines de la paroi pelvienne et du réseau lymphatique est parfois à l'origine d'un œdème des membres inférieurs.

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

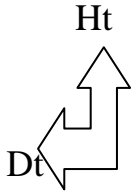


Figure 11 : col avec un cancer invasif [6]

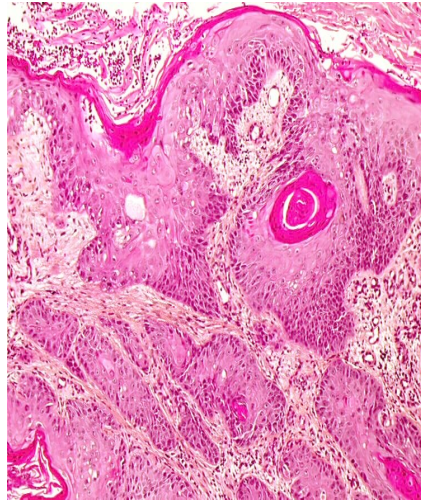


Figure 12 : coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif [6]

2.2.8 Dépistage et diagnostic du cancer du col

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

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

Justification du dépistage du cancer du col utérin

Le cancer in situ guérit à 100% avec un traitement simple. Par contre, le cancer au stade I et IIA ne guérit que dans 80% des cas à 5 ans avec un traitement lourd. Pour les cancers au stade IIB le taux de guérison n'est plus que de 55% à 5 ans, pour les stades III de 25% [12].

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

➤ **Classification histopathologique du cancer du col de l'utérus**

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95 % des cancers invasifs du col dans les pays en développement sont des carcinomes épidermoïdes, et seulement 2 à 8 % correspondent à des adénocarcinomes [6].

➤ **Classification clinique**

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

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

Stade I le carcinome est strictement limité au col utérin

I A : cancer invasif identifié par analyse microscopique uniquement.

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

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

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

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

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

Stade III

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

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

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

Stade IV

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

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

IV B : extension aux organes distants.

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

2.2.9 Traitement et pronostic [12]

Le traitement est fonction du stade évolutif :

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

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

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

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

Une lymphadénectomie ilio-pelvienne.

✓ La physiothérapie sans chirurgie :

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

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

Premier temps : curi-thérapie ;

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

Troisième temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

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

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

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

- **Pronostic**

La survie en 5 ans est de :

100% pour le CIS.

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

55% pour les cancers aux stades IIb,

35% pour les cancers aux stades III,

5 à 10% pour les cancers aux stades IV.

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

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

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

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

La moindre anomalie du test au lugol doit faire recourir à la biopsie dirigée ou à la consultation du spécialiste. Il ne faut pas oublier que l'épithélioma intra épithélial est une maladie de la muqueuse malpighienne qui peut récidiver sur la cicatrice, s'étendre à tout le vagin, voir même à la vulve. Il faudra donc examiner soigneusement le conduit vaginal et la vulve.

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

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

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

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

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

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

- Au premier trimestre de la grossesse :

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

- Au deuxième trimestre de la grossesse :

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

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

de l'âge de la patiente, des antécédents obstétricaux.

- Au troisième trimestre de la grossesse :

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

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

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

Durant ces dernières années, on assiste à une évolution de l'épidémiologie du cancer du col avec un rajeunissement de la population atteinte. Ainsi l'infection par le VIH n'explique pas entièrement cette

évolution récente mais trouve sa place dans les facteurs de risque de la maladie. Cette infection chez la femme est associée à une prévalence élevée de cancer du col et à une évolution d'autant plus sévère de ces lésions que le déficit immunitaire est profond.

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

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

➤ **Cancer du col chez les adolescentes**

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

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

2.3. Principes physiopathologiques des tests

2.3.1. Le test à l'acide acétique (IVA)

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

une déshydratation des cellules et facilite la coagulation et l'élimination du mucus sur le col.

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

Lorsqu'on applique l'acide acétique sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un blanchissement notable de l'épithélium comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présents dans l'épithélium. Les modifications de coloration les plus perceptibles s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés.

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

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

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

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

En présence d'une inflammation ou d'une cicatrisation, la réaction acidophile est largement répandue sur tout le col et ne se limite pas à la zone de remaniement. D'autre part, l'effet de l'acide acétique se dissipe rapidement dans le cas de la métaplasie immature et de l'inflammation (en

moins d'une minute), tandis que les modifications acidophiles associées aux lésions CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra clinique, apparaissent rapidement et persistent quelques minutes : entre 3 et 5 minutes dans le cas des CIN de haut grade (2 et 3) et du cancer invasif.

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

2..2. Le test de Schiller (Inspection visuelle au lugol : IVL)

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

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

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

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

Les zones affectées par un CIN ou un cancer invasif sont également iodo-négatives (puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de régions jaune moutarde ou safran, épaisses.

Les zones leucoplasiques (hyperkératose) sont elles aussi iodo-négatives.

Quant aux condylomes, ils peuvent occasionnellement prendre la coloration à l'iode de façon partielle.

VIA -

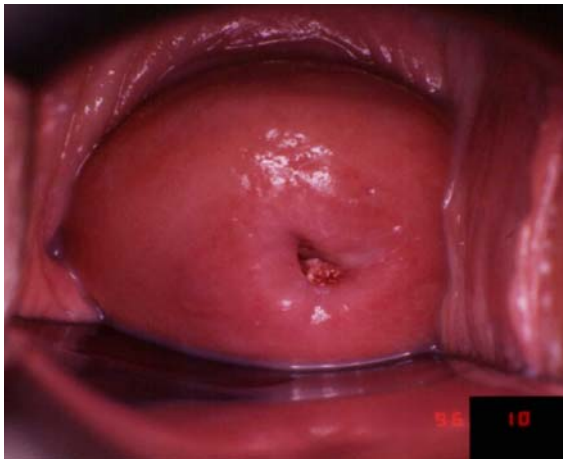


Figure 13 : col négatif à l'acide acétique [6]

VIA +

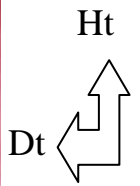
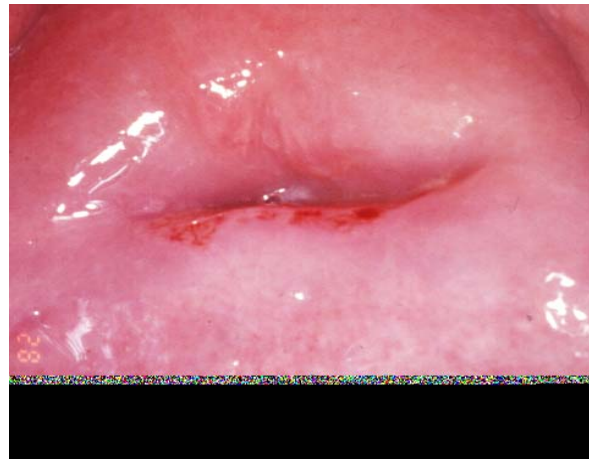


Figure 14 : col positif à l'acide acétique [6]

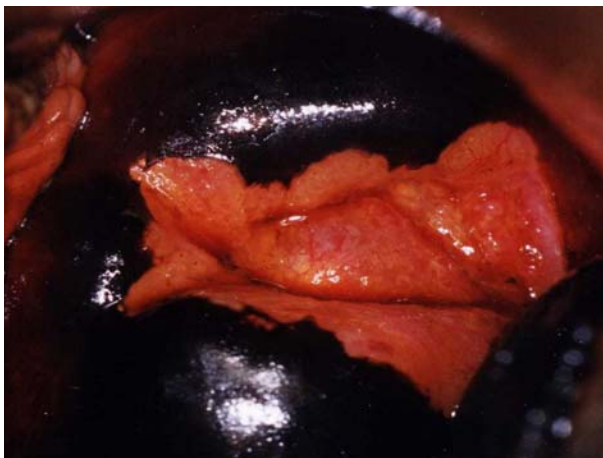


Figure 15 : col négatif au soluté de lugol [6]

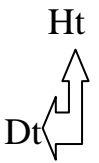
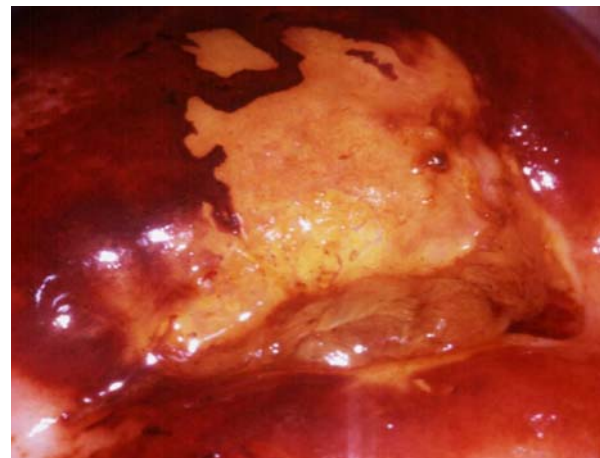


Figure 16 : col positif au soluté de lugol [6]

III.MATERIEL ET METHODES

3-Matériel et méthodes

3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako où a eu lieu le dépistage, au service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G qui reçoit les pièces opératoires et les biopsies au cours du dépistage du cancer du col de l'utérus et au CHU Gabriel Touré où a eu lieu le traitement et le suivi des femmes présentant des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

. Le centre de santé de référence de la commune v

Le Centre de Santé de Référence de la commune V a été ouvert en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Cette structure s'est accrue par ses prestations de qualité surtout dans le domaine de la gynéco-obstétrique qui a en charge l'organisation et la réalisation de l'activité de dépistage qui a eu lieu tous les jours ouvrables. Le personnel s'occupant de cette activité comprend :

- Un gynécologue obstétricien ;
- Des sages femmes formées à la technique d'inspection visuelle du col à l'IVA-IVL ;
- Des étudiants en médecine faisant fonction d'internes ;
- Une infirmière obstétricienne pour la stérilisation du matériel.

3.2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de trois(03) ans, allant du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2014.

3.3. Type d'étude

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

3.4. Population d'étude

Les femmes en activité génitale ou en ménopause ayant effectué le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRefCV.

➤ **Critères d'inclusion**

- Toutes les femmes en activité génitale ou en ménopause venues pour le dépistage du cancer du col durant la période d'étude.

➤ **Critères de non inclusion**

- Femmes déjà suivies pour cancer du col utérin ;
- Femmes enceintes ;
- Femmes ayant bénéficié d'une hystérectomie totale ;
- Femmes en post partum ;
- Femmes en période des menstrues ;
- Femmes vierges.

3.5. Matériels de travail

- Une table d'examen avec support pour les jambes.
- Une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col ;
- Un spéculum stérile: spéculum de colin ;
- Une paire de gants ;
- Des écouvillons de coton ;
- Une pince pour prendre le coton ;
- Une pince à biopsie du col ;
- Une pince à cœur (polype) ;
- Un haricot ;
- Des cupules ;
- une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% obtenue en ajoutant 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée.
- une solution de lugol préparée en dissolvant 10 g d'iodure de potassium et 5 g d'iode le tout dans 100 ml d'eau distillée.

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

3.6. Procédure du travail

Sensibilisation et Consentement des femmes

Le jour du dépistage est bien fondé et les avantages du processus sont expliqués à la femme. Le dépistage n'est effectué qu'après l'obtention du consentement éclairé de la femme. On procède à un interrogatoire pour préciser l'identité de la femme, ses antécédents gynécologiques, sa parité, son état matrimonial.

3.7. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS (version 20.0).

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel 2007. Comme test statistique, nous avons utilisé le Khi-deux de Pearson avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

IV.RESULTATS

4- RESULTATS

4-1-Fréquence des biopsies par rapport à l'ensemble des femmes dépistées.

Du 1^{er} Janvier 2012 au 31 décembre 2014, nous avons enregistré 237 cas de biopsie sur un total de 1684 femmes dépistées soit une fréquence de 14,07%.

4-2- Caractéristiques sociodémographiques des femmes

-Age

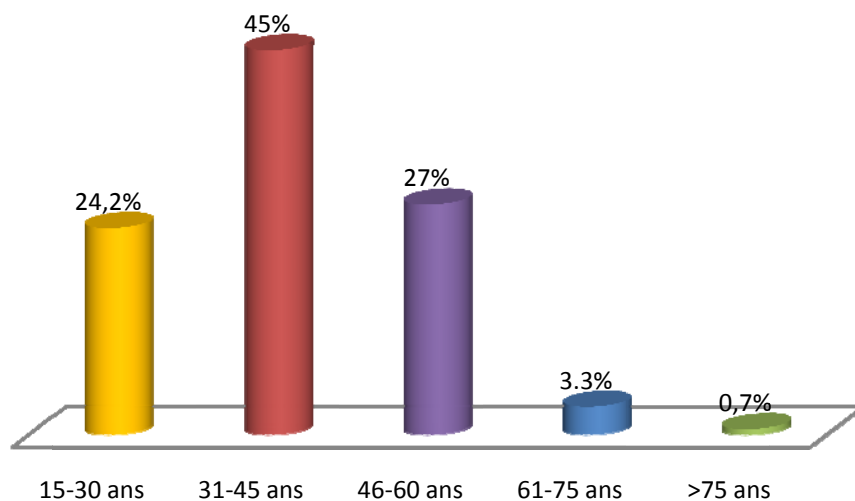


Fig17 : Répartition des femmes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 31-45 ans avec 45% des cas. La moyenne d'âge a été de $40,19 \pm 11,52$ ans avec des extrêmes d'âge de 16 et 90 ans.

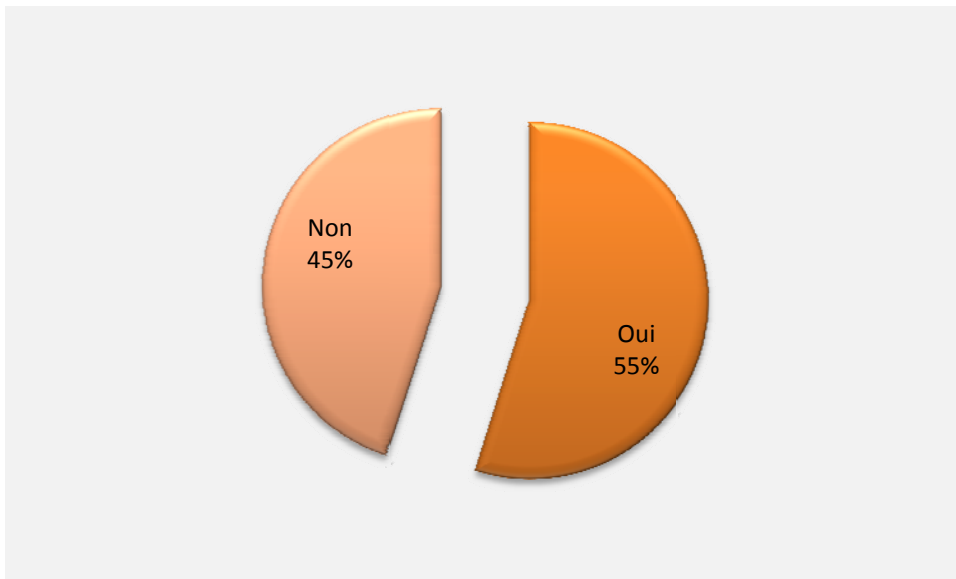


Fig18: Répartition des femmes selon l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Les femmes ayant utilisé des contraceptifs ont représenté environ 55% des cas.

-Parité

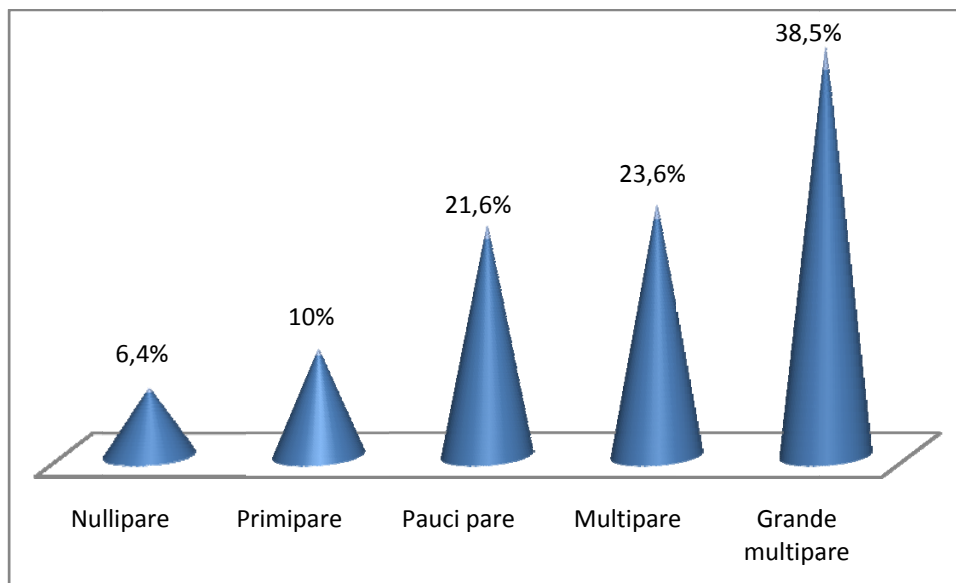


Fig19 : Répartition des femmes selon la parité.

Les grandes multipares ont été les plus représentées avec 38,5% des cas

-Statut polygame :

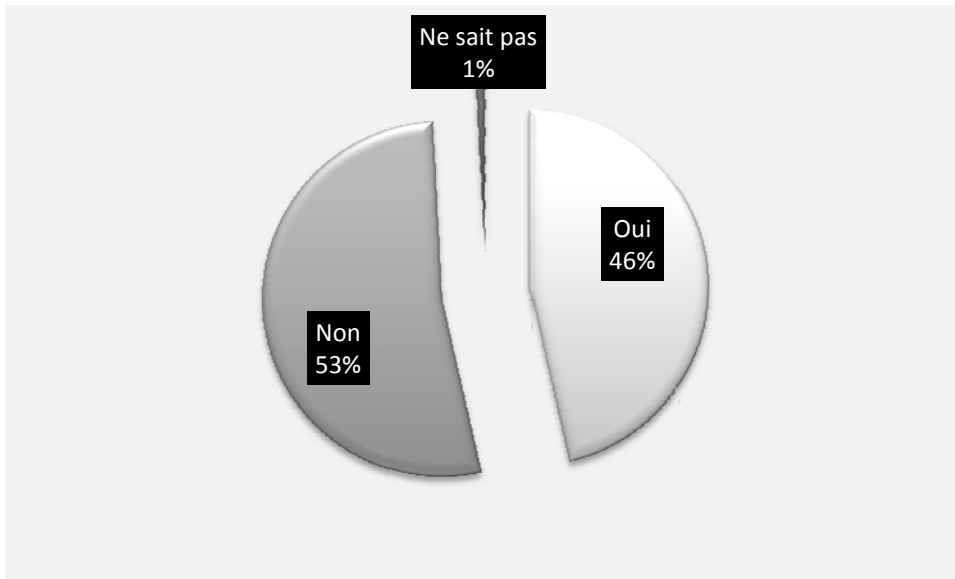


Fig20: Répartition des femmes selon le statut polygame.

Dans notre étude environ 46% des femmes avaient un partenaire polygame.

4-3-Tests visuels

-IVA :

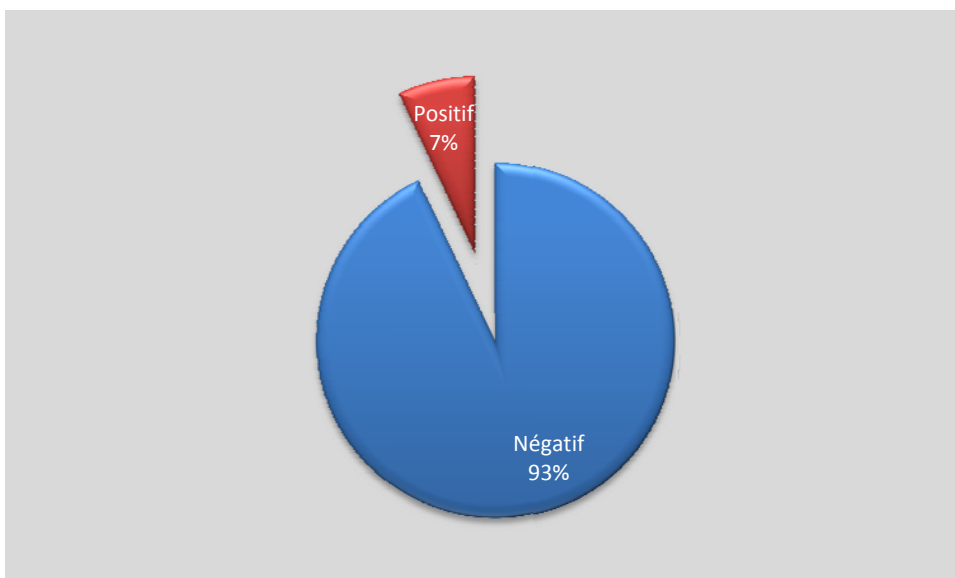


Fig21 : Répartition des femmes selon le résultat de l'IVA

Le test visuel à l'acide acétique était positif chez environ 7% des femmes.

-IVL :

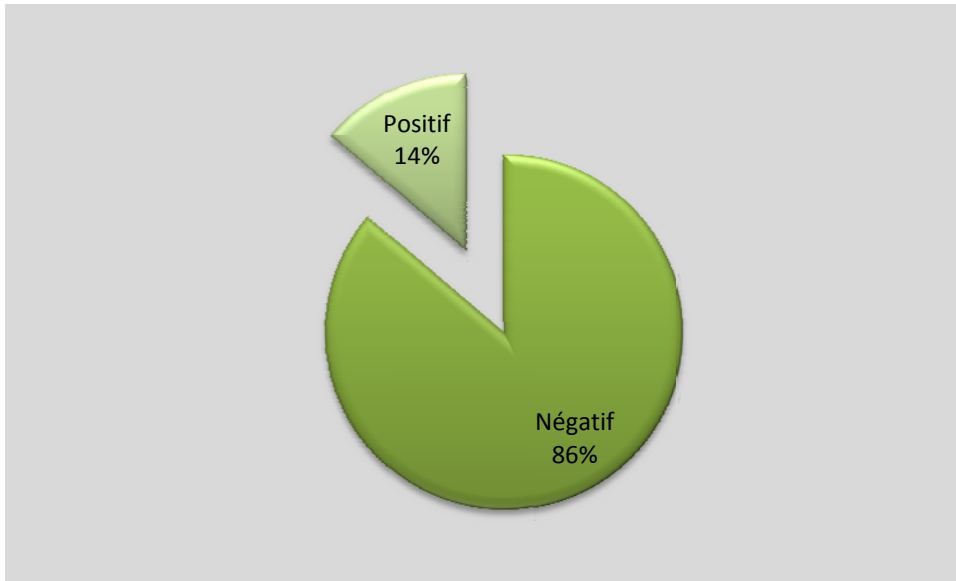


Fig22 : Répartition des femmes selon le résultat de l'IVL

Le test visuel au lugol était positif chez environ 14% des femmes.

4-4-Anatomie pathologie

-Prise de biopsie

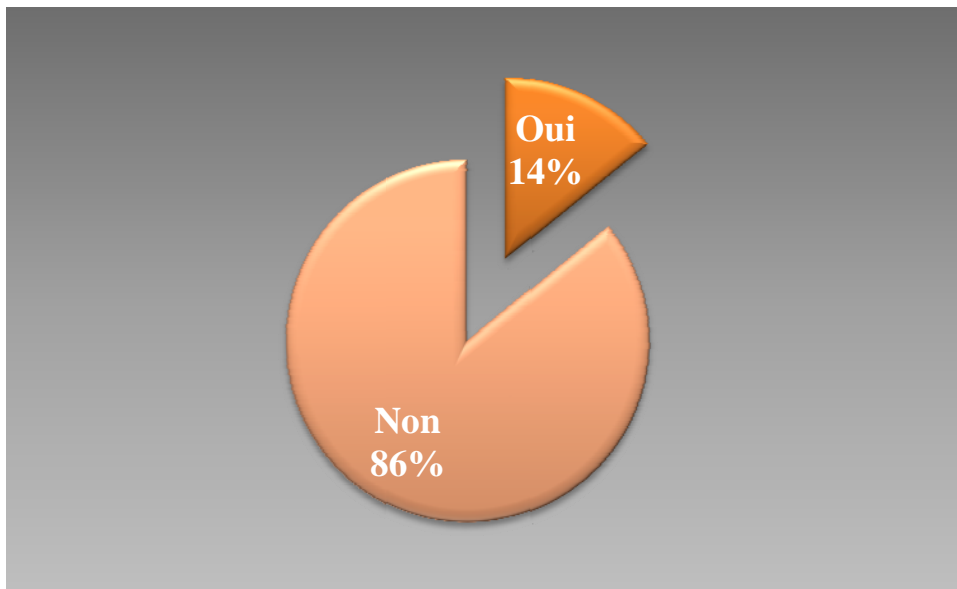


Fig23 : Répartition des femmes selon la réalisation de la biopsie.

Une biopsie a été effectuée chez environ 14% des femmes.

-Histologie :

TABLEAU II : Répartition des femmes selon le résultat histologique

Diagnostic histologique	Effectifs	Pourcentage (%)	
Cervicite	44	18,57	
CIN1/HPV	76	32,07	} 58,23
CIN2	50	21,1	
CIN3	12	5,06	
Carcinome épidermoïde	48	20,25	} 23,2
Adénocarcinome	7	2,95	
Total	237	100	

La dysplasie de bas grade a été la plus représentée avec 32,07% des cas, soit (76/237)

-Histologie et tranche d'âge

TABLEAU III : Distribution des types de lésions selon la tranche d'âge

Diagnostic histologique	Tranche d'âge					Total
	15-30ans	31-45ans	46-60ans	61-75ans	>75ans	
Cervicite	15	19	8	2	0	44
CIN1/ HPV	16	38	21	1	0	76
CIN2	7	24	17	0	2	50
CIN3	5	3	2	2	0	12
CE	7	13	17	6	5	48
Adénocarcinome	0	3	3	1	0	7
Total	50	100	68	12	7	237

La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 31-45 ans avec une prédominance de la dysplasie de bas grade avec 38 cas soit 16,03% des cas avec un test statistique significatif.

Khi-deux : 128,792 $P=0,01$

-Histologie et parité

TABLEAU IV : Distribution du type de lésion selon la parité

Diagnostic histologique	Parité					Total
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	Total
Cervicite	3	4	12	10	15	44
Cin1/HPV	5	9	15	16	31	76
Cin2	2	3	6	11	28	50
Cin3	0	1	3	3	5	12
CE	0	3	2	8	35	48
Adénocarcinome	0	0	0	0	7	7
Total	10	20	38	48	121	237

Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ont prédominé chez les grandes multipares avec 106 cas soit 44,73% des cas avec un test statistique significatif.

Khi-deux : 53, 5

$P=0,01$

-Histologie et statut polygame

TABLEAU V: Répartition du type histologique selon le nombre de partenaire polygame.

Diagnostic histologique	Partenaire polygame			Total
	Oui	Non	Ne sait pas	
Cervicite	21	23	0	44
CIN1/ HPV	38	32	6	76
CIN2	31	19	0	50
CIN3	6	6	0	12
CE	28	19	1	48
Adénocarcinome	5	2	0	7
Total	129	101	7	237

Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ont prédominé chez les femmes ayant des partenaires polygames avec 108 cas soit 45,56% avec un test statistique non significatif.

Khi-deux : 17, 53

$P=0,13$

4-5-Conduite à tenir.

Tableau VII : Répartition des femmes selon la conduite tenue.

Action effectuée	effectif	Pourcentage(%)
Cryothérapie	2	1,04
RAD	77	39,89
Chirurgie	16	8,29
Chimiothérapie	2	1,04
Radiothérapie	15	7,77
Ttt palliatif	11	5,7
Surveillance	70	36 ,27
Total	193	100

NB : Les traitements de cervicite n'ont pas été pris en compte soit 44 cas.

La résection à l'anse diathermique a été la plus utilisée avec 39,89% des cas.

4-6-Suivi

-Après un mois

Suivi à un mois	Effectifs	Pourcentage (%)
Cicatrisation en cours	156	80,8
Perdus de vue	34	17,6
Décédées	3	1,6
Total	193	100

Fig24: Résultat du suivi à un mois

Une cicatrisation en cours avait été retrouvée chez 80,8% des femmes.

-Après trois mois

Suivi à trois mois	Effectifs	Pourcentage(%)
Cicatrisation en cours	4	2,07
Cicatrisation complète	145	75,13
Perdues de vue	41	21,24
Décédées	3	1,56
Total	193	100

Fig25: Résultat du suivi à trois mois.

Une cicatrisation complète avait été retrouvée chez 75,13% des femmes.

-Après six mois

Suivi à six mois	Effectifs	Pourcentage(%)
Cicatrisation complète	4	2,07
Guérison	119	61,66
Perdues de vue	67	34,71
Décédées	3	1,56
Total	193	100

Fig26: Résultat du suivi à 6mois.

Une guérison complète avait à été retrouvée chez 61,66% des femmes.

A un an

Suivi à un an	Effectifs	Pourcentage(%)
Guérison	4	2,07
Perdues de vue	186	96,37
Décédées	3	1,56
Total	193	100

Fig27: Résultat du suivi à 1an

A un an de suivi 96,37% femmes étaient perdues de vue.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5-1-Aspects sociodémographiques

- L'âge

Dans notre étude la moyenne d'âge était de $40,19 \pm 11,52$ ans avec des extrêmes de 16 et 90 ans, avec un pic entre 31 et 45 ans, proche de celui d' O D Traoré qui avait trouvé $39,31 \pm 11,45$ ans avec comme extrêmes 19 et 69ans [20]. Ceci prouve l'apparition du cancer du col utérin à un âge relativement jeune au Mali et, à l'instar des autres pays africains . Banza [21] à Lumumbashi et Abboud à Beyrouth [22] relevaient un pic dans la tranche d'âge de 30-40 ans. L'apparition du cancer du col de l'utérus à un âge plus précoce semble être liée à la recrudescence des facteurs de risque comme les mauvaises conditions socio-économiques, la précocité des rapports sexuels, les partenaires sexuels multiples, exposant au virus du papillome humain (HPV) et autres infections sexuellement transmissibles et enfin les nombreuses maternités [21]. Pour Dargent, l'augmentation relative de la fréquence des formes juvéniles des cancers du col utérin a été observée dans tous les instituts de référence [23].

- La parité

Dans notre étude les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ont prédominé chez les grandes multipares avec 44,73% des cas avec un Khi-deux significatif ($P=0,01$). Notre résultat concorde avec celui de la littérature qui trouve qu'en Afrique, la multiparité est un réel facteur de risque du cancer du col utérin car les accouchements par leurs traumatismes répétés qu'ils occasionnent, entraînent des remaniements de l'architecture du col qui évoluent vers un état dysplasique.[24]

- Le statut polygame

Dans notre étude les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ont prédominé chez les femmes ayant des partenaires polygames avec 45,56% des cas avec un Khi-deux non significatif ($P=0,13$). De ce fait La polygamie n'étant pas considérée comme un facteur de risque directement en cause du cancer du col utérin ; mais avec les rapports sexuels souvent non protégés, elle augmente le risque d'IST. Nos résultats se rapprochent à celui d'O D Traoré qui avait trouvé 46,8% de polygamie [20].

5-2- Tests visuels

-IVA

Dans notre étude le test visuel à l'acide acétique était positif chez environ 7% des femmes. Ce résultat est supérieur à celui de Megavand et al qui avaient trouvé 3,1% d'anomalie [25] et largement inférieurs à celui de Nene MB et al qui avaient trouvé 57,3% d'anomalie [26].

-IVL

Au cours de notre étude le test visuel au lugol était positif chez environ 14% des femmes. Notre résultat diffère de celui de Rokiatou F [27] qui avait trouvé 3,4% et de celui de Sankaranarayanan en Inde qui avait rapporté une positivité de 17,8% [28].

5-3-Histologie :

- Lésions précancéreuses

La prévalence des lésions précancéreuses dans notre étude est de 8,19 %.Ce taux est supérieur à ceux de Kamaté B [29] du Mali et de Millongo FT au Burkina [30] qui étaient respectivement de 3,6% et de 4,2%. Notre taux élevé s'expliquerait par une prédominance des dysplasies de bas.

- Lésions cancéreuses

Notre confirmation histologique rapportait 20,25% de carcinome épidermoïde et 2,95 % d'adénocarcinome. Notre résultat concorde avec ceux de Konaté S [31] qui avait trouvé 21,24% de carcinome épidermoïde et 1,77% d'adénocarcinome et d'A K Koné [32] qui avait trouvé 12,02% de carcinome épidermoïde et 1,16% d'adénocarcinome. Ces différentes données montrent une prédominance du carcinome épidermoïde par rapport à l'adénocarcinome conformément à ce que rapporte la littérature.

5-4- Traitement et suivi

Au cours de notre étude 237 biopsies ont été réalisées et toutes ont révélé des lésions. En effet 193 patientes ont présenté des lésions précancéreuses et cancéreuses du col aux tests IVA IVL, dont respectivement 138 cas et 55 cas. Ainsi 2 patientes soit 1,04% ont subi une cryothérapie ;77 cas de RAD ont été réalisés soit 39,89% qui est un excellent traitement ;16 cas de chirurgie ont été réalisés soit 8,29% ; 2 cas de chimiothérapie soit 1,04% ;15 cas de radiothérapie soit 7,77% ; 11cas de traitement palliatif soit 5,7%. En outre 70 femmes en particulier celles atteintes de CIN1 ont été mises sous surveillance soit 36,27%. Cependant 3 cas de décès ont été constatés à un mois et, sont restés stationnaire jusqu'à la fin de la surveillance. Les pertes de vue ont été considérables au cours de la

surveillance. Nos résultats diffèrent de ceux de Diallo D [34] qui a trouvé 25,6% de cryothérapie et 2,5% de RAD. Nos résultats sont également différents de ceux de Basu et al. qui ont traité 58,2% des patientes présentant des lésions de haut grade par la cryothérapie, la RAD 16,39% des cas [35]. Notre taux faible de cryothérapie soit 1,04% des cas pourrait s'expliquer par sa faible utilisation au profit de la RAD soit 39,89% des cas. Nos résultats sont superposables à ceux de Konaté A dans une étude récente qui a trouvé 25,2% de RAD et 6,2% de cryothérapie [36].

Après le traitement, les patientes sont revues, un mois plus tard, puis trois mois, puis six mois et enfin un an.

Les patientes revues un mois après le traitement avaient les lésions en voie de cicatrisation soit 80,8%, celles revues 3 mois après avaient une cicatrisation complète des lésions soit 75,13%, celles revues à 6 mois avaient une guérison complète soit 61,66% et au bout d'un an la majorité des femmes ne sont plus revues soit 96,37%. Ces pertes de vue considérables pourraient s'expliquer d'une part par le fait que certaines de nos patientes ont eu une guérison complète de leurs lésions et ne se sont plus présentées à leur prochain rendez vous et d'autres part par le fait que certaines de nos patientes ont été négligentes et ceci pousse à interpeller les femmes à se faire contrôler après leur traitement car une dysplasie bien traitée et bien suivie évite la survenue de cancer.

VI. CONCLUSION

6-CONCLUSION

De Janvier 2012 à Décembre 2014 nous avons fait une étude sur le dépistage portant sur 1684 femmes au CSRéf C V; dont 237 cas de biopsies, soit environ 14%, ont été réalisées et toutes ont révélé des anomalies après les tests IVA, IVL. L'âge moyen était de 40,19 ans avec un écart type égal à 11,52. La positivité de l'IVA et de l'IVL était respectivement de 7% et de 14%. Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus étaient respectivement de 58,23 % et 23,2%. Le type histologique le plus fréquent était les CIN1/HPV (avec 32,07%) et à cet effet, la résection à l'anse diathermique a été le plus souvent l'alternative thérapeutique. Beaucoup de nos patientes ont été perdues de vue avant le terme de leur suivi. Cependant 3 cas de décès ont été constatés à un mois et, sont restés stationnaire jusqu'à la fin de la surveillance

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les méthodes d'inspection visuelle sont des tests simples, peu coûteux, facilement acceptables par la patiente et le résultat est systématique à la fin de l'examen ; permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses du col de l'utérus. La prise en charge des lésions précancéreuses est facile. Mais s'il s'agit du cancer invasif, les difficultés du traitement sont liées au stade clinique et à l'insuffisance du plateau technique.

VII.RECOMMADATIONS

7- RECOMMANDATIONS

7.1– Aux autorités politico administratives et sanitaires

- Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays.
- Former le personnel médical et paramédical notamment les sages femmes en dépistage.
- Equiper et doter des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie en matériels et en personnels qualifiés.
- Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.
- Subventionner la prise en charge chirurgicale et radiothérapique du cancer du col de l'utérus.
- Intégrer les données du registre du cancer aux données du système national d'information sanitaire.
- Vacciner systématiquement les filles vierges contre le virus à HPV.

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

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

7.3 – Aux prestataires des services de dépistage

- Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels réguliers et celles vues en consultation gynécologique.
- Traiter immédiatement après les tests visuels tous les cas positifs.
- Mettre en place des protocoles de suivi liant le dépistage, le diagnostic (s'il est utilisé), le traitement et la surveillance des femmes traitées,
- Intégrer le dépistage dans le paquet minimum d'activité.
- Prendre le contact téléphonique de toutes les patientes dépistées en vue de réduire le fort taux de perdues de vue.

7.4 – Aux femmes

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

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Philippe M, Damienne C.** Cancer du col utérin, pratique en gynécologie-obstétrique Masson 2005 ; 5(10) :87-89.
- 2- Traoré C B, Kamaté B, Coulibaly B et al.** Le cancer à Bamako de 2002 à 2012 ; données du registre des cancers. Rev. Afr. de pathol. 2012 6M ; 11(1) : 3-8.
- 3- Chirenje Z M, Chipato T, Kasule J et al.** Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. Central African journal of medicine; 1999; 2 (45); 30-33.
- 4- CIRC** :Centre International de Recherche sur Cancer, Manuel d'enseignement VIA-VIL. P. 13. N°41, Lyon 2003
- 5- Traoré S.** Le Dépistage des Néoplasies Intra- Epithéliales du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol. (à propos de 4632 femmes dépistées dans le District de Bamako). Thèse de Med. Bamako 05-M-13
- 6- Sankaranarayanan R, Ramani M D S, Wesley, MD.** Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France.
- 7- Adjahoto I O, Komongui D G, et Perrin R X.** Etude de faisabilité du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique puis au lugol, à propos de 565 femmes dépistées à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. Thèse de Médecine 2003.
- 8- Téguété I.** Prise en charge des néoplasies intra épithéliales du col (CIN). A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Mémoire de fin de stage de Gynécologie et Obstétrique; Cotonou 2002 P10.
- 9- Bayo S, Parkin. D.M, Koumaré A K et al.** cancer in Mali, 1987-1988 int J.cancer, 45, 679,684.1996:76.

10- Hatch KD, Hacker N F. Intra epithelial disease of the cervix; vagina; and vulva. IN Berek JS; Adashi EY; Hillard PA. Novok's Gynecology 12 th ed; Copyright 1996; Williams & Wilkins. Baltimore-Maryland. Pp447-486.

11- Hatch KD, Handbook of Colposcopy. Diagnosis and Treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston: Little, Brown and Co. , 1989 : 7-19.

12- Lansac J et Lecomte P. Gynécologie pour le praticien ; 4eme édition, Paris Mars 1994 : 81-99.

13- Pund E R, Nieburgs H, Nettles JB, Caldwell J D. Preinvasive carcinoma of the cervix uteri : seven cases in which it was detected by examination of routine endocervical smears. Arch pathol Lab Med 1947; 44:571-7.

14- Koss L G, Stewart F W, Foote F W et al. Some histological aspects of behaviors of epidermoid carcinoma in situ and related lesions of the uterine cervix. Cancer 1963 ; 16 :160-211

15- Narducci F, Ocelli F, Vinatier D, Leroy J L. Positive Margins after Conization and Risk of persistent lesion. Gynecologic Oncology 2000 ; 76 : 311-314

16- Oster A G. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia, a critical review. Int J. Gynecol. Pathol 1993; 12 (2) 186-192.

17- ANAES. Conduite à tenir thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin dépistée au cours d'un frottis du col de l'utérus. ANAES/Service des Recommandations professionnelles/Septembre 1998, p29-60.

18- Merger R, Jean Levy, Jean Melchior et Nelly Bernard. Précis d'obstétrique 6eme édition Masson, Paris, 2001 : 402-403

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

20.- O D Traoré. Dépistage des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle, leur traitement et leur suivi, au centre hospitalier-universitaire GT. Thèse de Méd. ; Bamako 09-M-515.

21-Banza K, Kizonde J, Unga M, et al. Cancer du col de l'utérus : Problématique de la prise en charge. A propos de 40 cas observés à l'hôpital de Lumumbashi. Lub méd 1999 ; 2.

22-Abboud J, Attieh E, Germanos A. Cancer invasif du col utérin. Traitement adapté en fonction des moyens thérapeutiques disponibles. J Gynecol obstet Biol Reprod 1992 ; 21 :19-22

23-Dargent D, Kouakou F, Cholmier M et al. Cancer du col chez la femme de moins de 35 ans et moins: une nouvelle maladie? Rev fr Gynécol Obstét 1991; 86: 635-638.

24- N'guessan K, Kouakou F, Loué V et al. Le cancer du col de l'utérus: Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain. Mal.méd.2009 ; 24(3) :28.

25- Megevand E, Denny L, Dehaeck K et al. Acetic acid visualization of the cervix : an alternative to cytologic screening. Obetet Gynecol. 1996 Sep ; 88(3) : 383-6[PubMed]

26-Nene MB et al. Early detection of cervical cancer by visual inspection : a population-based study in rural India. Int J Cancer. 1996 Dec 11; 68(6) : 770-3. [PudMed]

27-Rokia F Sacko. Dépistage ,Traitement et suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelles au CSRefCIV. Thèse Med.2008 Bamako ; 08M154.

28- Sankaranarayanan R.et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. Int. J. Cancer. 2003; 106, 404 408.

29-Kamaté B. Evaluation du dépistage des lésion précancéreuse et cancéreuses du col de l'utérus par les méthode IVA(acide acétique)-IVL(lugol) au Mali; mémoire DEA 2003-2004.

30- Millongo FT, Akotianga M, Lankoande L. Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso). VIIè congrès de la SAGO et IIè congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.

31- Konaté S. Dépistage du cancer du col d'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 113 cas).Thèse méd. 2005 : 64

32-A K Koné. Evaluation des tests IVA et IVL dans le dépistage du cancer du col de l'utérus au Centre de santé de référence de la communeV du district de Bamako (à propos de 917 cas). Thèse de méd.2008 :68

33. Moreno V, Bosch Fx, Muñoz N, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IAR multicentric case-control study. Lancet 2002; 359 (9312): 1085 - 10

34- Diallo D. Etude multicentrique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes visuelles (à propos de 5016 cas dans le district de Bamako 2002-200).Thèse de Med. Bamako 07-M-61

35-Basu P S and al. Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical cancer and precursors.Int.J.cancer,1980 :161-163.

36-Konaté A. Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au CHU Gabriel Touré et au CSRéf DES C IV ET V, du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako 13- M-57

ANNEXES

*Ministère de la Santé du Mali - Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC),
Lyon*

Abdoul Karim Konaté

Thèse de médecine 2015

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 d'accouchement : [][]

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/CIN 1/condylome/verru/leucoplasie/changement à VPH ; 4 : CIN 2-3, 5: Carcinome invasif, 8: Non concluant)

14. Prise 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: CIN 1/infection à VPH, 5: CIN 2, 6: CIN 3, 7: Cancer invasif à cellules squameuses, 8: Adénocarcinome invasif, 9: Non concluant) []

16. Action effectuée : (1: Surveillance, 2: Cryothérapie, 3: RAD, 4: Electro-cautérisation, 5: Chirurgie, 6 : Chimiothérapie, 7 : Traitement palliatif, 8 : Radiothérapie) []

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 sanguin Perte odorante excessive

19. Diagnostic clinique : (1: Sain, 2: Autre.....)

20. Action clinique effectuée : (1: Rassuré, 2: Prise en charge médicale (antibiotiques, analgésiques,...), [] 3: Autres.....

21. Suivi à 1 mois : (1 : Décès, 2 : Cicatrisation en cours, 3 : Cicatrisation complète, 4 : Guérison, 5 : Perdue de vue.) []

22. Suivi à 3 mois : (1 : Décès, 2 : Cicatrisation en cours, 3 : Cicatrisation complète, 4 : Guérison, 5 : Perdue de vue.) []

23. Suivi à 6 mois : (1 : Décès, 2 : Cicatrisation en cours, 3 : Cicatrisation complète, 4 : Guérison, 5 : Perdue de vue.) []

24. Suivi à 1 an : (1 : Décès, 2 : Cicatrisation en cours, 3 : Cicatrisation complète, 4 : Guérison, 5 : Perdue de vue.) []

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : Konaté

PRENOM : Abdoul Karim

TITRE DE THESE : Dépistage, traitement et suivi des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle au CSRefCV

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 -2015

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Anatomie Pathologie, Gynécologie (CSRefCV-CHU GT), Santé publique.

RESUME

Notre étude a été réalisée de façon retro prospective pendant 3ans , après l'inspection visuelle du col suite à la coloration à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL) au CSRefCV sur 1684 femmes.

Les résultats obtenus sont les suivants :

La tranche d'âge la plus touchée était de 31-45 ans. L'âge moyen était de 40,19 avec des extrêmes allant de 16 à 90 ans. La positivité de l'IVA était environ à 6 % et celle de l'IVL environ 13 %.Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus étaient respectivement de 58,28 % et 23,2%. Le type histologique le plus fréquent était les CIN1/HPV (avec 32,07%) et à cet effet, la résection à l'anse diathermique a été le plus souvent l'alternative thérapeutique.

Le suivi a posé quelques problèmes car pas mal de femmes dépistées ne revenaient pas au rendez-vous.

Compte tenue 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 précancéreuses et cancéreuses, IVA, IVL

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !