

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONAL

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

ANNEE ACADEMIQUE 2005 – 2006

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

Thèse N ° :

THEME

Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de
référence de la commune V du district de Bamako

A propos de 113 cas

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE --08--/07--/2006

DEVANT LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO STOMATOLOGIE

PAR MONSIEUR SEBA KONATE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme D'Etat)

JURY :

Présidente : Professeur SY Aïssata SOW

Membre : Docteur Oumar TRAORE

Codirecteur Docteur Cheick B TRAORE

Directeur de thèse : Professeur Mamadou TRAORE

DEDICACES

DEDICACE

A Allah le tout puissant le miséricordieux et le très miséricordieux qui m'a permis de mener à bien ce travail si long et 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 mon père FAKO KONATE

Votre rigueur et votre courage dans le travail n'ont jamais cessé d'être pour nous des repères d'une ligne de conduite.

Je ne trouverai jamais assez de mots pour vous exprimer toute mon affection et mon admiration.

Votre soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Vous êtes le pilier de ma réussite.

Ce travail est le fruit de votre patience et de votre combativité. Que le tout puissant te garde longtemps près de nous !

A ma chère mère FATOUMATA TRAORE

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. Puisse ce travail vous reconforter pour les efforts énormes fournis. Merci Maman !

Ames sœurs : Diominè KONATE, Ami KONATE, Fily KONATE, cette thèse vous est dédiée pour le soutien affectif qui nous unie.

QU'ALLAH vous donne longue vie pour qu'on continue de partager ensemble ces moments de joie qu'on a toujours partagée !

A mes petits frères Sidiki KONATE et Kalifa KONATE,

Trouver ici l'expression de mon fraternel amour et merci infiniment pour vos soutien affectif.

A mes oncles : Dr DEMBELE Doulaye, SOULEYMANE Ladjji TRAORE, Salif KONATE, Issa KONATE, Salif TRAORE, YOUSOUF TRAORE, Kalifa DEMBELE,

VOUS n'avez jamais fait la différence entre vos propres enfants et nous. Ce travail est le fruit de vos conseils et de vos soutien matériel et financier.

A mes tantes: Minata TRAORE, Ami COULIBALY, Mah COULIBALY, Nupé DEMBELE, Mariam DEMBELE, Sali, Rokia DEMBELE, ce travail est le vôtre.

A mes grands-parents : Feu Nianzon KONATE, feu Ladjji TRAORE, feu Fily DIONI,

Que le tout puissant vous accorde la paix éternelle.

Kadidia DEMBELE vous avez été plus qu'une grand-mère pour moi. Que DIEU vous garde longtemps auprès de nous.

Remerciements

A tous les maîtres de la faculté de médecine, pharmacie, et d'Odonto Stomatologie de Bamako.

Hommages respectueux :

Aux Docteurs : Abdramane TOGO, Soumana Oumar TRAORE, Sara SISSOKO, Boubakary Guindo, Oumar TRAORE, Adama DRABO et Mamane TIMBO. Je vous remercie sincèrement pour la qualité et la rigueur de l'encadrement reçu.

Aux Docteurs : Cheick TRAORE et Bakarou KAMATE. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

A tous mes collègues de la promotion 2005 :

Cheick, Goita, Dr Issa TOGO, Boité, Abdoulaye, Blaise, Bekaye, Maqan, Abdoul KONE, Issa ONGOIBA, Bah, Siriba, Soumaré, Salomon, Yacouba, Awa, Assetou, Kadi, Sinayogo, Yaya, Koly, Naman, Bréhima, Frédéric, Hamady, Ibrahim, Nouhoum et Alexander pour votre amitié et je vous souhaite une brillante carrière médicale.

A la jeune génération d'interne : Je dis bon courage.

A Bintou Christiane Mariko : Merci infiniment.

A Moustaphe Diaby : Merci pour ton soutien technique

A mes amis : Oumar TOURE, Amadou DIAKITE, Mamadou Prosper SANOGO, Alaye, Mahamadou KEITA et Sidiki KONE.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako et du département d'anatomo-pathologie de l'INRSP.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

**A NOTE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY
PROFESSEUR SY AÏDA SOW**

**PROFESSEUR TITULAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE A LA
FACULTE DE MEDECINE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
CHEF DE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations nous est allé droit au cœur.

L'assiduité , la rigueur et la ponctualité dans le travail sont autant de qualités que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération.

Honorable maître et chère mère, permettez nous de vous exprimer ici, l'expression de notre respect et profonde gratitude .

Puisse le bon Dieu vous accorder santé et longévité.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR OUMAR TRAORE

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN AU CENTRE DE SANTE DE

REFERENCE DE LA COMMUNE V

Cher maître, c'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre du jury.

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.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR

Docteur Cheick B. Traoré

SPECIALISTE D'ANATOMIE PATHOLOGIE ;

**MAITRE ASSISTANT A LA FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE.**

Dés notre arrivée dans votre service ,nous avons été marqué par votre accueil chaleureux.

L'atmosphère détendue qui est née au cours de ce travail témoigne de votre gentillesse et votre simplicité.

Trouvez ici cher maître , l'expression de notre attachement et surtout de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE
PROFESSEUR MAMADOU TRAORE,
PROFESSEUR AGREGE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE,
MEDECIN CHEF DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V,
MEMBRE DU RESEAU MALIEN DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE
MATERNELLE,**

Secrétaire général adjoint de la SAGo .

Cher maître ,c'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous avez fait en nous acceptant dans votre service et de nous confier ce travail . Malgré vous multiples sollicitations vous avez initié et diriger cette thèse. Nous avons été comblés par les enseignements de qualité que nous avons bénéficié à vos cotés.

La probité ,l'honnêteté, la rigueur, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, le souci contant du travail bien fait ,vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Veillez accepter cher maître, nos sincères remerciements

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
GENERALITES.....	4
METHODOLOGIE.....	32
RESULATS.....	38
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	49
CONCLUSION.....	56
RECOMMANDATIONS.....	57
REFERENCES.....	59
ANNEXES :	
Résumé	
Fiche d'enquête	
Serment d'Hippocrate	

ABREVIATIONS

ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AGC : Atypie des Cellules Glandulaires

AIS : Adenocarcinome In Situ

CHL : Colpo-Hysterectomie élargie avec Lymphadectomie

CIN : Cervical Intra epithelial Neoplasia

CIS : Carcinome In Situ

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPV : Papillomavirus Humain

IVA : Inspection Visuelle à l'Acide Acétique

IVL : Inspection Visuelle au Lugol

JPC : Jonction Pavimento Cyindrique

LMIEBG : Lésion Malpighienne Intraépithéliale de Bas Grade

LMIEHG : Lésion Malpighienne Intraépithéliale de Haut Grade

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAD: Résection à l'Anse Diathermique

SCC: Squamous Cell Carcinoma

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

UIV: Urographie Intra Veineuse

VHS : Virus de l'Herpe Simplex

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION OBJECTIFS

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col utérin avec envahissement local et à distance [45]

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est, en terme de fréquence, le deuxième cancer touchant les femmes après le cancer du sein et représente 15% de tous les cancers chez la femme [37,40].

Selon les données les plus récentes 466 000 nouveaux cas sont répertoriés chaque année dans le monde dont les trois quart vivent dans les pays en développement [2].

C'est le cancer le plus répandu parmi la population féminine de ces pays où il représente la première cause de mortalité chez les femmes d'une cinquantaine d'années et la deuxième cause de décès (après la mortalité maternelle) chez la jeune femme et multipare [22,37].

Au Mali le cancer du col vient en première position des cancers féminins et en troisième position de tous les cancers [47]. En 1990, sa fréquence était de 62,4% [21] et 59,4% en 2003 [14] .

Dans nos pays 80% des cancers du col ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [40]. Ce qui est regrettable pour un organe aussi accessible à l'exploration et au traitement.

Par bonheur, l'histoire naturelle du cancer du col utérin permet un dépistage précoce et des mesures peuvent être prises pour empêcher la progression de la maladie jusqu'à un stade irréversible.

Le frottis cervical est la méthode de dépistage du cancer du col utérin la plus largement utilisée dans le monde [40]. Cette méthode est onéreuse et difficilement envisageable dans les pays à faibles ressources comme le nôtre.

Ainsi les techniques reposant sur un examen visuel après application d'acide acétique et de lugol faisant appel à une technologie simple et abordable ont été proposées par l'OMS pour les pays en voie de développement et pourraient constituer une alternative à la cytologie conventionnelle [37,40].

Par ailleurs cette méthode améliorée par la pratique immédiate d'une colposcopie chez toutes les femmes, aura l'avantage de localiser les anomalies cervicales et de permettre une biopsie dirigée pour établir le diagnostic.

Cette étude se propose d'évaluer les résultats du dépistage du cancer du col au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako, centre dans lequel le dépistage avec l'acide acétique et le lugol a débuté le 26 Février 2004.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier le dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako

Objectifs spécifiques

Définir le profil socio démographique des patientes,

Déterminer les facteurs épidémiologiques associés au cancer du col,

Déterminer la prévalence des lésions précancéreuses du col

Déterminer la prévalence des lésions cancéreuses du col

GENERALITES

GENERALITES

A- Définition:

La dysplasie est une lésion acquise résultant d'une anomalie de maturation d'un tissu en régénération rapide. C'est un bouleversement de l'architecture et de la maturation des différentes couches de l'épithélium malpighien. Tandis que les papillomavirus humain (HPV) sont un groupe de virus à ADN épithéliotropes qui entraînent des proliférations bénignes mais parfois malignes. Infection sexuellement transmissible fréquente, c'est la première cause sous-jacente de cancer cervical. Les types 16 et 18 sont retrouvés dans les carcinomes invasifs du col [2,5,19,27,31, 33] .

B- Anatomie de l'utérus

B.1 Anatomie macroscopique

L'utérus est un organe musculaire creux situé au centre de l'excavation pelvienne, entre la vessie en avant et le rectum en arrière.

Il a la forme d'un cône à sommet inférieur. On note un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les côtés appelés isthme utérin qui sépare l'utérus en deux parties:

- au-dessus, le corps aplati d'avant en arrière,
- au-dessous, le col cylindrique.

La paroi de l'utérus est épaisse d'environ 1cm, et se compose de trois tuniques qui sont de dehors en dedans: la séreuse, la musculuse et la muqueuse.

Vascularisation

S'agissant de la vascularisation, l'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine et accessoirement par l'artère ovarique et l'artère du ligament rond. Les veinules se drainent dans les veines utérines, les veines ovariques et les veines du ligament rond. Les lymphatiques se rendent aux nœuds lymphatiques iliaque externes, iliaque internes et sacraux.

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

B.2 Histologie du col:

Le col comprend une partie externe (exocol) et une partie interne (endocol).

B.2.1 L'exocol

L'exocol utérin est recouvert d'un épithélium malpighien stratifié non kératinisé, constitué de cinq (5) couches:

1. la couche basale interne.
2. la couche basale externe, comportant 2 à 3 assises cellulaires
3. la couche médiane ou intermédiaire
4. la couche intra- épithéliale
5. la couche superficielle ou couche fonctionnelle.

B.2.2 L'endocol

L'endocol est caractérisé par son épithélium cylindrique comportant des cellules ciliées (5%) et des cellules mucosécrétantes dont le rôle essentiel est la sécrétion du mucus.

B.2.3 La Jonction pavimento-cylindrique (JPC)

La rencontre de ces deux épithéliums détermine une zone appelée zone de jonction pavimento-cylindrique. La zone de jonction entre les deux épithéliums se situe à un niveau variable selon l'âge de la femme. Chez l'enfant et chez la femme nullipare, la jonction se fait par contact direct et désigne une ligne nette [47]. Chez la femme adulte, la jonction se fait par chevauchement et dans la zone de transition se trouve un épithélium métaplasique immature.

Après la ménopause, cette ligne a tendance à s'invaginer à l'intérieur du canal cervical.

La grande majorité des cancers du col de l'utérus naissent au niveau de la zone de jonction cylindro-pavimenteuse [47] .

C- Histoire naturelle du cancer du col:

Afin de garantir que les interventions de prévention du cancer cervical sauvent des vies, les programmes doivent être basés sur une compréhension claire de l'histoire naturelle du cancer cervical.

1- Infection à HPV:

- **Caractéristiques:**

L'infection à HPV est extrêmement fréquente chez les femmes en âge de procréer.

L'infection à HPV peut demeurer stable, entraîner une dysplasie ou devenir indétectable.

- **Prise en charge:**

Alors que les verrues génitales résultant de l'infection à HPV peuvent être traitées, il n'existe aucun traitement permettant d'éradiquer le HPV.

La prévention primaire, en préconisant l'utilisation des préservatifs offre une protection.

2- Dysplasie cervicale de bas grade:

- **Caractéristiques:**

La dysplasie de bas grade est généralement temporaire et disparaît avec le temps. Dans certains cas, cependant, elle évolue en dysplasie de haut grade.

Il n'est pas inhabituel que l'infection à HPV entraîne une dysplasie de bas grade, après plusieurs mois, voire plusieurs années d'infection.

- **Prise en charge**

Il est recommandé de surveiller la dysplasie de bas grade plutôt que de la traiter, étant donné que la plupart des lésions régressent ou n'évoluent pas.

3- Dysplasie cervicale de haut grade:

- **Caractéristiques:**

La dysplasie de haut grade est observée suite à la progression d'une dysplasie de bas grade ou, dans certains cas, directement depuis une infection à HPV.

- **Prise en charge:**

La dysplasie de haut grade devrait être traitée, étant donné qu'une proportion significative de ces dysplasies évolue en cancer.

4- Cancer invasif:

- **Caractéristiques:**

Les femmes avec dysplasie de haut grade sont susceptibles de développer un cancer invasif. En général, cette évolution est lente; elle s'effectue sur plusieurs années.

- **Prise en charge:**

Le traitement du cancer invasif est un traitement coûteux et souvent inefficace dans les stades avancés [2] .

D- Facteurs de risque du cancer du col utérin ,connaissances actuelles:

Le virus du papillome humaine (HPV) est considéré comme la cause principale mais non suffisante à elle seule du cancer du col utérin [51] .

La grande majorité des femmes infectées par un type de HPV oncogène ne développent pas de cancer du col, ce qui laisse penser que d'autres facteurs, agissant en même temps que le HPV influencent le risque de provoquer la maladie. Certains facteurs concomitants ou « cofacteurs » comme le nombre de grossesses, l'utilisation de contraceptifs oraux, le tabac,

l'immunodépression (cas particulier lorsqu'elle est liée au VIH), les infections dues à d'autres maladies sexuellement transmissibles et une mauvaise alimentation, ont été associés, dans différentes mesures au développement du cancer invasif du col utérin [51] .

L'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie, l'historique des maladies sexuellement transmissibles, et autres caractéristiques de la vie sexuelle sont liés au risque de contracter le HPV et ne sont pas considérés comme des cofacteurs de la progression de l'infection à HPV vers le cancer du col utérin [26] .

1. Le rôle de l'infection par le HPV :

Plus d'une centaine de types de HPV ont été identifiés dont environ 40 sont propres aux organes génitaux mâles ou femelles [11,50] .

Membre de la famille des papovaviridés, ils sont composés d'une molécule d'ADN circulaire. Transmis à la sphère génitale par contact sexuel, deux groupes de HPV infectent la sphère génitale.

- Les types 6, 11, 42 et 43 sont principalement retrouvés dans les Condylomes acuminés et dans quelques lésions planes de la vulve, du vagin et du col. Ils sont considérés comme étant à bas risque oncogénique.
- Les types 16 et 18 et quelques variétés moins fréquentées : 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 ; sont retrouvés dans les carcinomes invasifs ou leurs précurseurs dans la sphère génitale et sont regroupés dans les HPV à haut risque oncogénique [19,27,33] .
- Le HPV 16, type le plus courant, est impliqué dans 50 à 60% des cas de Cancer du col. Le HPV 18, second type le plus courant, est en cause dans 10 à 12% des cas [4,22] . L'infection à HPV est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus répandues. Toutefois, dans la plupart

des cas, l'infection disparaît ou devient indétectable en une ou deux années.

2. La parité élevée :

Les données groupées de huit études cas témoins sur le cancer invasif du col utérin et deux études sur le cancer in situ (CIS) provenant de quatre continents semblent montrer que, par rapport à des femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, celles qui en ont eu trois ou quatre ont 2,6 fois plus de risque de contracter un cancer du col utérin ; celles qui en ont eu sept ou plus avaient 3,8 fois plus de risque [34] .

D'autres études corroborent cette relation positive établie entre ce nombre d'enfants et le cancer du col [6,46] .

La raison physiologique de cette association n'est pas claire ; des facteurs hormonaux liés à la grossesse ou le traumatisme cervical (lié à l'accouchement) sont des explications possibles [26] .

3. Utilisation prolongée de contraceptifs Oraux:

Cofacteur possible

Les recherches semblent montrer qu'il existe une relation potentielle à long terme entre utilisation prolongée de contraceptifs oraux et le développement du cancer du col utérin. Une analyse de données groupées à partir de 10 études cas-témoin de patientes atteintes d'un cancer du col utérin invasif ou d'un CIS laisse penser que l'utilisation à long terme de contraceptifs oraux pourrait augmenter le risque de cancer du col jusqu'à quatre fois chez les femmes ayant une infection à HPV [32] .

Le fait que la parité semble constitué un facteur de risque de cancer du col utérin, l'utilisation des contraceptifs oraux permet de réduire ce risque.

Une réunion d'experts sur le cancer du col utérin, les contraceptifs oraux et la parité, organisée par l'OMS a publié les recommandations : selon lesquelles " les femmes ne doivent pas se voir refuser les oestro-progestatifs simplement

parce qu'elles n'ont pas accès à des services de dépistage de cancer du col utérin. Le risque de mortalité maternelle lié à la non utilisation de la contraception dépasserait probablement de loin tout risque additionnel de cancer du col utérin chez la plupart des femmes." [35]

4. Autres cofacteurs:

- Fumer semble être fortement associé au développement des lésions cervicales précancéreuses et au cancer [7,18,44]. Fumer fait partie des cofacteurs environnementaux les plus régulièrement identifiés comme pouvant affecter le risque de cancer du col; des études montrent que les fumeurs ont un risque deux fois supérieur aux non fumeurs [18,44] .
- Les femmes infectées par le VIH sont plus facilement infectées par des types de HPV à risque oncogénique élevé et risquent davantage de développer des lésions précancéreuses (et de les développer plus rapidement) que les femmes séronégatives au VIH dans la même catégorie d'âge [8,10,16].
- Les femmes qui sont à la fois infectées par le HPV et un autre agent sexuellement transmissible, comme le Chlamydia trachomatis ou le virus de l'herpes simplex-2 (VHS-2) risquent davantage de développer des lésions précancéreuses [10,8,16]

Depuis 1993 le carcinome cervicale infiltrant fait partie des critères d'entrée dans la maladie SIDA.

Une analyse groupée de sept études cas témoin examinant l'effet de l'infection par le VHS-2 dans l'étiologie du cancer invasif du col a montré que parmi les femmes positives au HPV, le VHS-2 était associé à une multiplication par trois du risque de développer un cancer du col utérin après correction pour d'éventuels facteurs de confusion [41] .

- Un niveau socioéconomique faible est considéré comme un facteur de risque pour beaucoup de problèmes de santé, y compris pour le cancer

du col utérin, plus particulièrement dans les régions à faibles ressources. Les femmes d'un niveau socioéconomique faible ont souvent des revenus limités, un accès restreint aux services de santé, une mauvaise alimentation et une connaissance limitée des problèmes de santé et des comportements préventifs, tous ces facteurs peuvent les rendre plus vulnérables aux maladies y compris celles qu'on peut prévenir comme le cancer du col utérin [13] .

E- Dépistage:

Le cancer du col au début n'a pas de signes cliniques mais le col étant facilement accessible, nous pouvons le dépister. Le principe du dépistage du cancer du col repose sur une hypothèse de l'histoire naturelle du cancer du col. Il suppose que la dysplasie précède le cancer in situ et que ce dernier précède le cancer invasif [24] . Les moyens de dépistage du cancer du col sont basés sur le frottis cervical, le test à l'acide acétique, le test au lugol, la colposcopie et la biopsie.

Cependant l'inspection attentive d'un col permet d'apprendre beaucoup sur celui-ci, à condition d'être bien éclairé et aussi d'utiliser un spéculum assez large et pas trop long.

1. Frottis cervical:

Situé au fond du vagin le col utérin est mis en évidence par la pose d'un spéculum représentant le geste indispensable de l'examen gynécologique.

Les conditions du prélèvement:

Le frottis doit être réalisé:

- Avant toute application sur le col.
- En dehors des règles.
- En dehors d'épisodes infectieux aigus, de cervicites.

- La patiente doit éviter la veille au soir les injections vaginales, les rapports sexuelles, la toilette profonde, l'usage de lubrifiants.

Avant de prélever, on ôtera délicatement les sécrétions cervicales (si elles sont abondantes) à l'aide d'un coton monté sur une pince.

a. Prélèvement de l'exocol.

La spatule d'Ayre en bois à l'extrémité bifide reste le meilleur outil de prélèvement de la zone de jonction.

On balaiera toujours dans le même sens, la zone de jonction.

b. Prélèvement de l'endocol:

A l'aide d'un écouvillon en coton humecté de sérum physiologique, on peut avoir accès à l'endocol jusqu'à 1cm de profondeur environ.

Le cytobrush peut être utilisé pour prélever l'endocol en particulier quand la jonction n'est pas visible ou que l'orifice cervical est sténosé.

2. Le test à l'acide acétique 3 à 5%: inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)

L'examen au spéculum est amélioré par l'application de l'acide acétique 3 à 5%. Il s'agit d'inspecter le col utérin pour détecter les anomalies après avoir appliqué l'acide acétique dilué à 3-5% qui dissout les sécrétions protéiques, permettant ainsi la mise en évidence de la zone blanchâtre d'une lésion précancéreuse ou cancéreuse.

Le compte rendu devra préciser si la jonction est vue dans sa totalité.

L'IVA a une très grande sensibilité, ce qui la fait proposer comme méthode alternative au frottis dans les contextes où les ressources sont limitées.

• Résultat IVA:

- **IVA négatif (-)**: Quand on constate l'absence de lésion acidophile sur le col.

- **IVA positif (+)**: il s'agit de la présence de zone acidophiles distinctes, bien définies, denses (blanc opaque, blanc terne, blanc d'huîtres) avec des marges régulières ou irrégulières proches ou accolées à la JPC dans la zone de remaniement ou proche de l'orifice externe si la JPC n'est pas visible,
 - Présence de zones acidophiles très denses dans l'exocol,
 - Tout le col entier blanchis sous l'effet de l'acide acétique.

- **IVA positif (++)** : le résultat du test est faiblement positif lorsqu'on constate la présence de lésions d'un blanc brillant ou d'un blanc trouble aux contours vagues mal définies, proche de la JPC dans la zone de remaniement non loin de l'orifice.

3. Le test de Schiller: inspection visuelle au lugol (IVL)

Réalisé à l'aide d'un tampon monté, largement imbibé de solution iodo-iodurée (iode 1g, iodure de potassium 2g, eau q.s.p. 100ml).

Cartier conseille une formule plus concentrée (iode 2g, iodure de potassium 4g; eau q.s.p. 100ml); elle est effectivement plus facile à lire, mais provoque parfois quelques picotements désagréables. Nous épongeons ensuite l'excédent et généralement vérifions le résultat au colposcope.

Le test est basé sur le fait que la cellule cancéreuse ne contient pas de glycogène et la zone pathologique apparaît comme blanchâtre "iodo-négative" contrastant avec la couleur brun acajou due à la présence de glycogène des cellules de l'épithélium normal.

Il constitue un geste simple et si rapide, de lecture si facile, qu'il nous semble devoir faire partie de tout examen clinique de routine comme partie intégrante de l'inspection du col.

- **Résultat**

- **IVL négatif**: l'épithélium pavimenteux se colore en noir brun acajou, tandis que l'épithélium cylindrique ne change pas de teinte. Des plaques iodo-négatives inégales peu distinctes et mal définies restent incolores ou qui ne prennent que partiellement la coloration brune de l'iode. La présence sur les polypes de zones pâles qui ne prennent pas ou seulement partiellement la coloration de l'iode. Dans l'infection à *Trichomonas vaginalis* le col dans sa totalité et même les culs de sac et le vagin peuvent revêtir des taches blanchâtres, qui sont désignées sous le terme de << taches de léopard >> . Des zones iodo-négatives en forme de grains de poivre dans l'épithélium pavimenteux loin de la JPC. Des lésions satellites iodo-négatives minces jaunes aux marges digiformes, anguleuses, semblables à des régions géographiques éloignées de la JPC.

- **IVL positif (+)**: lorsqu'on observe dans la zone de remaniement des régions denses épaisses, brillantes, jaunes moutardes ou safran proches ou accolées à la JPC, proches de l'orifice externe si la JPC n'est pas visible.

- **IVL positif (+ +)**: lorsque les événements suivants se produisent: dans le cas des lésions dysplasiques de haut grade plus de 50% de l'exocol ne se colorent pas en brun autour de la zone centrale du col. Cette zone reste pâle et comporte de nombreuses projections irrégulières, les lésions d'un blanc jaunâtre qui ne prennent pas le lugol sont plus épaisses et plus brillantes que les lésions de bas grade.

Chez la femme atteinte d'un cancer invasif précoce le col dans sa presque totalité ne se colore pas et restera pâle.

4. Colposcopie

C'est l'examen du col après mise en place du spéculum, grâce à un appareil optique grossissant 10 - 20 fois, et après badigeonnage du col à l'acide acétique à 3% ou au lugol.

La colposcopie est le plus souvent indiquée lorsqu'un test de dépistage s'est avéré positif (par exemple, cytologie positive, réaction positive à l'acide acétique lors de l'examen visuel (IVA) etc.....).

Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimenteux et cylindrique, la zone de jonction entre ces deux revêtements, la vascularisation et la structure du conjonctif sous-jacent [24] .

Après l'application d'acide acétique dilué à 3-5% on s'appuiera sur les caractéristiques des régions cervicales acidophiles blanchies par l'acide s'il y a en, pour interpréter la colposcopie et sélectionner les sites de biopsies dirigées.

Les changements de colorations du col suite à l'application de soluté de lugol dépend de la présence ou de l'absence du glycogène dans les cellules épithéliales.

Les régions contenant du glycogène deviennent brunes ou noires, celles qui en manquent ne prennent pas la coloration et restent incolores ou pâles ou bien encore virent au jaune moutarde ou safran.

Le diagnostic colposcopique des néoplasies cervicales repose sur quatre principales caractéristiques : intensité de la réaction acidophile (intensité du blanchissement) marges et aspect de surface des régions acidophiles, couleur après application d'iode.

La présence de caractéristique anormales dans une région localisée de la zone de remaniement accroît la probabilité d'un diagnostic de lésion néoplasique. L'observation dans la zone de remaniement de régions acidophiles opaques, denses bien délimitées, proches ou accolées à la jonction pavimento-cylindrique est le signe colposcopique d'une CIN.

La CIN de bas Grade apparaît souvent sous forme de lésion acidophiles lisses et peu épaisses ,aux bords bien nets, mais cependant irréguliers, duveteux, déchiquetés digitiformes.

La CIN de haut grade correspond à des régions acidophiles épaisses, ternes ,opaques ou d'un blanc grisâtre, aux bords bien nets et réguliers un peu

surélevés et s'enroulent sur eux-mêmes. Il peut exister des lésions plus hétérogènes et plus étendues qui s'étendent parfois jusque dans le canal endocervical. La surface des régions acidophiles associées à une CIN de haut grade tend généralement à être moins lisse, voire irrégulière et nodulaire. Lorsqu'on distingue un ou plusieurs bords surélevés à l'intérieur d'une même lésion acidophile ou lorsqu'on observe une lésion acidophile présentant différentes intensités de coloration, il s'agit très probablement d'une lésion de haut grade. Des caractéristiques vasculaires anormales comme des ponctuations ou des mosaïques présentent une réelle importance surtout si elles sont observées dans les régions acidophiles.

Dans les régions acidophiles, des caractéristiques vasculaires tel que les ponctuations ou les mosaïques fines sont parfois associés à une CIN de bas grade, des ponctuations et ou mosaïques larges dans les régions acidophiles tendent à être associées aux lésions de haut grade [39]

La fiabilité du diagnostic dépend de la qualité du colposcopiste, s'il n'est pas sûr d'avoir fait le prélèvement sur la lésion la plus sévère, il vaut mieux recourir à la conisation diagnostic pour ne pas passer à côté d'une lésion invasive non vue en colposcopie [24] .

5. Histologie

Le diagnostic final confirmant la dysplasie cervicale est fait toujours par le biais de l'examen histopathologique d'une biopsie cervicale ou d'une pièce d'excision. Pour un échantillon de biopsie cervical le diagnostic de dysplasie est posé et son degré estimé selon des caractéristiques histologiques suivantes :

- 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. 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 surfaces. Si on ne constate aucune maturation dans l'épithélium, cela est en général révélateur d'un carcinome in situ.

Les anomalies nucléaires repose sur le rapport nucleo-cytoplasmique plus important, l'hyperpigmentation, le polymorphisme nucléaire, anisokariose.

- 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 que dans la couche parabasale. Ainsi selon la présence de ces figures de mitose :
 - Au 1/3 inférieur de l'épaisseur de l'épithélium malpighien, on parle de dysplasie légère (CIN I),
 - Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (CIN II),
 - Au 1/3 supérieurs, dysplasie sévère (CIN III) et sur toute l'épaisseur : Carcinome in situ (CIS). Dans ces deux cas différenciation et stratification sont complètement absentes de l'épithélium.

D'autres outils diagnostiques comme le frottis cervicovaginal, le curetage endocervical la microcolposcopie, la cervicographie et le typage viral ne sont pas accessibles dans les pays en voie de développement du fait de leur coût élevé et de plus ces méthodes contribueront à augmenter les rendez-vous dans le processus de dépistage : Source de dépense et donc d'abandon par les patientes.

F- La classification de PAPANICOLAOU: elle permet d'interpréter les résultats du frottis cervicovaginal.

- Classe I: Absence de cellules anormales ou atypiques.
- Classe II: Présence de cellules atypiques mais sans anomalies structurelles.
- Classe III: Présence de cellules anormales suspectes mais suffisamment pathologiques.

- Classe IV: Cellules cancéreuses en nombre réduit.
 - Classe V: Cellules nettement cancéreuses en grand nombre.
- Les classes I et II sont considérées comme des frottis négatifs.
 - Les classes III sont des frottis suspects.
 - Les classes IV et V sont des frottis positifs.

La classification de PAPANICOLAOU a une valeur historique indéniable mais elle ne constitue plus une façon efficace de communiquer des informations cliniques. Les subdivisions des lésions intra épithéliales (dysplasie légère, modérée, sévère et carcinome in situ) ne reflétaient plus l'unicité de la maladie, laquelle représente un continuum à partir des changements les plus légers jusqu'aux plus sévères [2] .

Actuellement le système BETHESDA [27] semble constituer la meilleure solution possible.

Ce système a été élaboré au cours d'une rencontre organisée spécialement pour étudier la terminologie à l'Institut Nationale du cancer à BETHESDA, Maryland, USA (1988/ 1991).

G- Classification de BETHESDA 2001 :

- **Anomalie des cellules Malpighiennes**

- **Atypie des cellules épithéliales (ASC)**

- De signification indéterminée (ASC-US)
- Ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (ASC-H)

- **Lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL-LMIEBG)**

- (Regroupant les lésions autrefois dénommées : lésions à HPV/condylome, dysplasie légère, CIN1)

➤ **Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL-LMIEHG)**

- (Regroupant les lésions autrefois dénommées : dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3 et CIS)
- Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre lésion)

➤ **Le carcinome malpighien**

- **Anomalie des cellules glandulaires**

➤ Atypies des cellules glandulaires (AGC) :

- endocervicales (sans autre indication (SAI) ou commenter),
- endométriales (SAI ou commenter) ou
- sans autre indication

➤ Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie :

- endocervicales ou
- sans autre indication

➤ Adenocarcinome endocervicales in situ (AIS)

➤ Adenocarcinome

- endocervicales
- endométriales
- extra-utérin
- SAI

TABLEAU 1 : Corrélation entre les terminologies CIN, dysplasie et Bethesda

CIN1	CIN2	CIN3
Dysplasie légère	Dysplasie modérée	Dysplasie sévère Carcinome in situ
Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade (LIEBG)	Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG)	Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG)

H- Traitement des lésions cervicales précancéreuses:

Un point crucial des programmes efficaces de dépistage du cancer du col utérin est la capacité à offrir aux femmes un traitement des lésions cervicales précancéreuses approprié et efficace, réduisant l'incidence globale du cancer du col et la mortalité.

1. Les types de lésions à traiter:

Il s'agit des lésions intra épithéliales de haut grade (LIEHG), les lésions intra épithéliales de bas grade (LMIEBG) particulièrement dans les pays pauvres en fonction des stratégies. De plus, un test qui ne peut différencier les LMIEBG des LMIEHG comme l'inspection visuelle avec acide acétique (IVA) ou les tests de recherche de l'ADN du HPV, peut être utilisé pour identifier les femmes ayant un éventuel pré cancer. Dans ce cas, et lorsque aucun test de confirmation n'est disponible ou n'est effectué, un traitement est proposé à beaucoup de femmes dépistées positives pour lesquelles le grade précis de la maladie n'est pas connu.

2. Techniques de traitement adaptées:

Il existe plusieurs options sans hospitalisation de la patiente, pour traiter les lésions précancéreuses. Les méthodes chirurgicales comme la cryothérapie, la coagulation par le froid, la vaporisation laser ou la cautérisation, détruisent le tissu cervical anormal.

Les méthodes comme la résection à l'anse diathermique (RAD) la conisation, Wertheim éliminent le tissu anormal. La taille de la lésion, sa sévérité et sa localisation sur le col permettent de déterminer l'option de traitement la plus adaptée. D'autres facteurs influent également sur le choix du traitement: son efficacité, les complications éventuelles et les effets secondaires, la réglementation sur les médecins autorisés à pratiquer le traitement, les équipements et matériels nécessaires, la disponibilité, le coût [20] .

- **La cryothérapie**

La cryothérapie (méthode qui utilise le froid pour geler les cellules anormales) est souvent considérée comme la méthode d'ablation la plus pratiquée dans les pays pauvres. Cette méthode est simple, peu coûteuse et ne nécessite pas d'électricité. Cette technique fait appel à la congélation (-80°C) pour détruire les lésions. C'est un refroidissement qui donne des résultats s'il est appliqué convenablement sur des lésions purement exocervicales. La sonde est choisie pour couvrir l'ensemble de la lésion. La durée d'application habituellement conseillée est de 2 périodes de 3 minutes séparée par une pause de 4 à 5 minutes. Deux traitements successifs peuvent être nécessaires. La cryothérapie est efficace à environ 90% pour le traitement des lésions intra épithéliales de haut grade à douze mois après traitement [1] Cette méthode a généralement un taux de guérison plus faible pour les lésions plus large (lésions plus larges que la sonde utilisée pour la cryothérapie ou

occupant, en moyenne, plus de 75% de la surface du col de l'utérus) et pour les lésions qui s'étendent dans le canal cervical.

*** Cas des femmes infectées par le VIH:**

Il semble que la diffusion du VIH augmente substantiellement (mais temporairement) sur le site de la cryothérapie [52] . Cette diffusion peut augmenter le risque de la transmission du VIH à un partenaire non infecté.

Beaucoup de femmes ressentent un certain inconfort, tel que des douleurs ou des crampes, pendant le traitement ou durant 2 - 3 jours après le traitement. Elles peuvent aussi avoir des vertiges, bouffées de chaleur pendant ou immédiatement après le traitement, les pertes vaginales aqueuses abondantes pouvant durer jusqu'à quatre (4) semaines constituent l'effet secondaire le plus fréquemment rencontré de la cryothérapie.

• La résection à l'anse diathermique (RAD):

Elle a l'avantage de fournir des spécimens pour diagnostic histologique (si disponible), permettant de réduire la possibilité de ne pas diagnostiquer un cancer invasif ou de ne pas éliminer toutes les cellules précancéreuses. Parfois connue sous le nom de « résection de la zone de transformation par une large anse », utilise un fil métallique électrique fin pour exciser complètement la zone de transformation du col. Elle a l'avantage de la précision en largeur et en profondeur. La RAD est efficace entre 90 et 95% pour traiter la dysplasie de haut grade mais elle est plus lourde que la cryothérapie en terme de compétences, de formation, de besoin en équipement et en électricité, et en coût [12] . Le taux de complications est un peu élevé et d'effets secondaires tels que les saignements et les douleurs post-opératoires [29] .

Pour ces raisons, il est plus pratique de proposer la RAD dans un hôpital central ou dans un centre de santé de référence et d'offrir la cryothérapie dans les centres de santé locaux [3] . Puisque la cryothérapie et la RAD sont

associés avec des taux d'échec jusque 10-15% les caractéristiques de la lésion, un suivi après traitement à un an au minimum est recommandé.

- **La conisation**

Elle est indiquée lorsque l'examen histopathologique de la totalité du col inclus l'exocol est nécessaire: lésion exocervicale intra épithéliale avec jonction non vue, discordance entre les résultats des biopsies et du frottis, présence de cellules glandulaires anormales, notion de micro invasion à la biopsie. Elle est diagnostique et permet une étude histologique complète en couple sériée. Mais elle est également thérapeutique puisqu'elle est le traitement suffisant des lésions intra épithéliales et des invasions stromales précoces totalement enlevées.

- **Wertheim**

Le type d'intervention est choisi en fonction de l'âge, les lésions associées et les désirs ultérieures de grossesses. Cette hystérectomie comporte une exérèse des ganglions iléo-pelviens, les ganglions iliaques externes sous veineux, ceux de la bifurcation iliaque et éventuellement les ganglions situés plus haut.

I- Evolution

Toutes les lésions dysplasies n'évoluent pas vers le cancer. Par contre une accélération du passage de dysplasie vers le cancer in situ et un risque plus élevé de progression ont été signalés. L'apparition de métrorragies est le symptôme le plus fréquent, mais dans un certain nombre de cas l'affection est asymptomatique. Les métrorragies sont fréquentes et souvent provoquées par les rapports sexuels, les leucorrhées purulentes striées de sang; le cancer de l'endocol peut provoquer une hydrorrhée. Les douleurs apparaissent en général dans les formes évoluées. Les signes urinaires (cystite, hématurie, pollakiurie) et rectaux (ténésme, épreintes, faux besoins) sont des symptômes de stade avancé.

A partir de la jonction pavimento-cylindrique le cancer se propage par contiguïté et/ou par perméation lymphatique. L'atteinte de l'endomètre est plus rare. L'atteinte des paramètres se fait surtout par voie lymphatique moins par voie sanguine et le long des terminaisons nerveuses. Cet envahissement peut aussi résulter d'une extension directe de la tumeur qui déborde le massif cervical. La vessie et le rectum sont atteints par propagation directe. Un examen général doit être effectué pour évaluer les aires ganglionnaires, le volume et la consistance du foie et apprécier l'opérabilité de la malade. L'examen au spéculum permet de visualiser l'aspect et les dimensions du col utérin.

Les touchers vaginaux rectaux et la palpation abdomino-pelvienne permettent d'apprécier l'extension néoplasique aux parois vaginales; aux structures para cervicales et para vaginales, aux culs-de-sacs et aux paramètres. Des examens biologiques, radiologiques, endoscopiques et histologiques doivent être effectués.

Méthodes thérapeutiques: la chirurgies, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie.

Surveillance

La surveillance doit être stricte:

- Si l'abstention a été décidée (CIN1); il faut faire un frottis tous les 6 mois 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. La patiente doit être revue 3, 6 et 12 mois après pour un frottis colposcopique et éventuellement pour une biopsie. Un frottis annuel sera ensuite effectué.
- Si une conisation a été pratiquée un frottis annuel est indispensable de même après hystérectomie une récurrence pouvant apparaître sur le fond du vagin.

J- Classification de FIGO des carcinomes du col [43]

Stade I

Le carcinome de stade I est strictement limité au col utérin. On ne doit pas prendre en compte l'extension au corps utérin. Le diagnostic à la fois des stades **IA1** et **IA2** doit être faites à partir de l'examen microscopique d'un prélèvement tissulaire, de préférence un cône qui englobe la lésion entière.

Stade IA : Cancer invasif identifié par examen microscopique uniquement. L'invasion est limitée à l'invasion stromale mesurée en dépassant 5mm en profondeur et 7mm en largeur.

Stade IA1 : L'invasion mesurée dans le stroma ne dépasse pas 3mm en profondeur et 7mm en largeur

Stade IA2 : L'invasion mesurée dans le stroma est comprise entre 3 et 5mm en profondeur et ne dépasse pas 7 mm en largeur.

Stade IB : Soit les lésions sont limitées au col, soit les lésions infracliniques. Sont plus importantes que dans le stade IA. Toutes lésions macroscopiquement visibles même avec une invasion superficielle est classée cancer de stade IB.

Stade IB1 : Lésions cliniques de taille ne dépassant pas 4cm.

Stade IB2 : Lésions cliniques de taille supérieure à 4cm.

Stade II

Le carcinome de stade II s'étend au-delà du col, mais sans atteinte des parois pelviennes. Il affecte le vagin, mais pas au delà de ses deux tiers supérieurs.

Stade IIA : Pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les deux supérieurs du vagin.

Stade IIB : Atteinte paramétriale évidente, mais la paroi pelvienne n'est pas touchée.

Stade III

Le carcinome de stade III s'est étendu à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone non envahie par le cancer entre la tumeur et la paroi pelvienne. La tumeur touche le tiers inférieur du vagin. Tous les carcinomes provoquant une hydronéphrose ou un rein muet, sont des cancers de stade III.

Stade IIIA : Pas d'extension à la paroi pelvienne, mais atteinte du tiers inférieur du vagin.

Stade IIIB : Extension à la paroi pelvienne, hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

Le cancer de stade IV s'est étendu au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et/ou du rectum

Stade IVA : Extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.

Stade IVB : Extension aux organes distants

K- Pronostique

Pronostique à 5 ans et pourcentage d'atteinte ganglionnaire en fonction du stade.

- Stade I : 80% ;13%.
- Stade 2: 60%; 40%.

- Stade 3: 35%; 60%.
- **Stade 4: 10%; 100%.**

De mauvais pronostic:

- L'envahissement ganglionnaire est péjoratif : Le pronostic du stade I passe de 80 - 90% à 40% en cas de N+.
- La persistance de cellule néoplasique après la curiethérapie diminue aussi les chances de survie.
- Un age jeune (<35 ans).
- La forme adénocarcinome.
- Le terrain et l'état général.

Le depistage est la clé de l'amélioration du pronostique.

L- Traitement du cancer du col de l'utérus [26] :

➤ **Moyens**

▪ **Chirurgie**

- Wertheim : Colpohystérectomie élargie avec lymphadectomie (CHL). Dans un premier temps, exploration à ventre ouvert surtout le foie et les ganglions lombo-aortiques, puis hystérectomie totale, annexectomie bilatérale plus colpectomie d'une large collerette vaginale (1/3 supérieur), plus le paramètre, la graisse périurétérale et en arrière cellulectomie. Lymphadectomie iliaque externe bilatérale et curetage lombo-aortique en fonction des écoles, ou plutôt, si le curage iliaque externe est positif (à l'extemporané).
- Méthodes plus limitées.
 - Conisation classique ou laser, amputation intra vaginale du col.
 - Hystérectomie totale extrafaciale type Wiart, parfois intrafaciale avec ou sans conservation des annexes selon leur état et l'age de la patiente.
 - Urétérostomie (chirurgie de propreté).
 - Pelvectomie antérieure et postérieure (exceptionnelles).
 - Méthode avec conservation et transposition ovarienne.

➤ Indications

▪ Traitement des CIS

Le traitement est de toute façon chirurgical et parfois conservateur. En tout cas, les destructions par cryochirurgie ou laser sont interdites (car plus d'examen histologique possible).

Chez une femme jeune desirant une grossesse, on peut pratiquer une simple amputation du col à condition d'être sur de revoir cette patiente.

Chez une femme âgée ou en cas de lésion associée (fibrome, endométriome, kyste de l'ovaire), hystérectomie totale.

▪ Traitement en cas de micro-invasion à l'histologie (IA)

Pour certains, la méthode suffit si l'invasion est $< 3\text{mm}$ au-delà de la membrane basale, si la coupe est passée en zone saine, et s'il n'existe pas d'embolies vasculaires ou lymphatiques. Pour d'autre, il faut compléter par l'hystérectomie avec prélèvement iliaque externe.

▪ Traitement au stade IB,IIA et B proximal

Curiethérapie utero-vaginal, 6 à 8 semaines plus tard, Wertheim. En cas q'envahissement ganglionnaire à l'histologie (20% des cas)

⇒ radiothérapie externe de complément.

○ Tumeur cervical entre 2 et 4cm de diamètre :

- Curiethérapie utéro-vaginale (dure 3 à 6 jours) :60 Gray ; support adapté, radioprotection, dosimétrie précise, bonne tolérance, applicateur moulé vaginal, source de Césium, projecteur de source de Césium (curiétron), dosimétrie par ordinateur. Puis colpohysterectomie

élargie avec lymphadectomie pelvienne et lombo-aortique systématique, 6 à 8 semaines après la fin de la curiethérapie.

- Si envahissement iliaque externe : irradiation pelvienne transcutanée avec protection médiane tenant compte de la curiethérapie préopératoire adaptée à chaque cas, 45 Gray en une semaine.
- Si atteinte ganglionnaire plus haute ⇒ chimiothérapie (polychimiothérapie séquentielle protocolaire), 6 cures (Cisplatine, Vindésine, Mitomycine C, Bleomycine arrêtée à la quatrième cure).

○ Femme jeune et tumeur < 2cm de diamètre :

Chirurgie première avec conservation et transposition des ovaires (qui sont repérés par des clips), Puis curiethérapie vaginale 1 mois après la chirurgie (60 Gray). Les indications de radiothérapie externe ou de chimiothérapie sont les mêmes que supra.

○ Tumeur cervicale de gros volume (supérieur à 4cm) :

La curiethérapie première est difficile, radiothérapie externe pelvienne de 20 Gray puis curiethérapie puis idem.

- Stade IIB distal et III non urinaire
 - Radiothérapie transcutanée puis surdosage sur la lésion primitive et le cul-de-sac (iridium), la chirurgie secondaire est discutée car elle augmente la morbidité.
 - Irradiation externe incluant la totalité du pelvis (45 à 55 Gray) +/- les chaînes lombo-aortiques (45 Gray) 4 à 6 séances par semaine (8 à 9 Gray par semaine) ; effets indésirables: mucite génitale, urinaire, digestive avec nausée, parfois vomissements avec diarrhées. Suivie d'une curiethérapie (au moins 10 à 15 Gray) endocavitaire utero-vaginale parfois associée à une curiethérapie interstitielle, parfois surimpression par radiothérapie sur paramètre ou sur un ganglion.

- Stade III urinaire et IV
- Physiothérapie et chimiothérapie. Certaines équipes restent favorables aux exentérations pelviennes ou plus souvent aux interventions palliatives (dérivations urinaires ou digestives).
- Radiothérapie, Radiologie urinaire interventionnelle, néphrostomie percutanée.
- Forme centro-pelvienne.
 - Exenteration antérieure si vessie envahie puis dérivation urinaire (urétérostomie cutanée bilatérale, urétérostomie cutanée trans-iléale type Bricker).
 - Exenteration postérieure si le rectum est envahi puis colostomie définitive.
 - Forme à développement latéral⇒radiothérapie.
- Forme révélée par une fistule recto-vaginale ou vésico-vaginale : laparo pour +/- exérèse ou dérivation urinaire ou digestive de confort.
- Puis radio-chimiothérapie.
- Traitement des récurrences
Radiothérapie ou chirurgie.
- Traitement des métastases
Radio ou chimiothérapie.
- Sur col restant
Idem.
- Sur prolapsus
Chirurgie première voie basse sans curage.
- Avec grossesse

- 1^{er} trimestre IMG puis idem.
- 3^{er} trimestre : Césarienne dès la viabilité fœtale et dans le même temps CHL, puis radiothérapie et chimiothérapie.
- 2^{er} trimestre ⇒ dilemme !

➤ **Complications du traitement**

- De la chirurgie
 - Mortalité par CHL : 0,5% (presque nulle).
 - Précoces non spécifiques : trombo-embolie, hémorragie, infection, décompensation de tare.
 - Plus spécifiques.
- Lymphocèle (prévention par absence de péritonisation):épanchement lymphatique enkysté sous péritonéal pouvant entraîner une compression vésicale ou urinaire (fréquence 10% des cas non symptomatiques), imposant une UIV post-opératoire à J10 (uretère fin pelvien laminé, dilatation urétéropyelocalicielle plus ou moins marquée, surtout image vésicale piriforme dite en sablier). Et UIV de control un mois plus tard.
- Symptomatique dans 2.5% des cas en général au 8^e jour opératoire.
- Cliniquement traduite par des douleurs lombaires ou de la fosse iliaque, de la fièvre et un empâtement aux différents touchers. Le traitement varie de l'abstention en passant par la corticothérapie jusqu'à la chirurgie (drainage).
- Fistule urinaire, nécrose secondaire par ischémie survenant entre J10 et J15 authentifiée par l'UIV.
- Sténose urétérale récidivante entraînant des interventions palliatives (insuffisance ranale et infections).
- Rétention ou incontinence vésicale par dénervation.
- Compression veineuse source d'OMI.

- Complications obstétricales des conisation (FCS :fosses couches spontanées ; AP : accouchement prématuré ; sténose cervicale ; dystocie cervicale).
- De la radiothérapie
 - Curiethérapie, de plus en plus rare : thrombo-embolie, traumatisme périnéal par faux trajet, cystite, rectite.
 - Radiothérapie externe.
 - Précoce : diarrhée, cystite.
 - Tardive : rectite et iléite et plus tard (3 ans) cystite et lésion osseuse, fracture du col du fémur, du cotyle, tassement vertébral, il faut de toute façon chercher un deuxième cancer (sein, colon).

Surveillance

Tous les trois mois, les deux premières années puis tous les 6 mois.

- Cicatrice vaginale (récidive souvent locale) spéculum, frottis, paramètre.
- ACE (antigène carcino-embryonnaire), AFP (alpha-foeto-proteine), SCC(squamous cell carcinoma).
- Foie : palpation, biologie, échographie, scanner).
- Rein (UIV au moindre doute).
- Second cancer (sein + colon).
- Rechercher les complications du traitement.
- Radiographie de thorax.
- Examen osseux (si doute, radio +/- scinti).
- Examen neurologique (scanner en fonction de l'orientation).
- Soutien psychologique.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. La commune V du district est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59 Km², avec une population de plus de 228859 habitants soit une densité de plus de 4505 habitants/ Km². Le taux général d'accroissement de la population est de plus de 5,1. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger ; elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest; à l'est par la commune VI et au sud-ouest par le quartier de Kalaban-Coro (cercle de Kati). La commune est constituée de 8 quartiers qui sont :

- Badalabougou ;
- SEMA N°1 ;
- Quartier Mali SEMA GEXCO ;
- Torokorobougou ;
- Sabalibougou ;
- Baco-Djikoroni ;
- Kalaban-Coura ;
- Daoudabougou.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé dans les 6 communes du district de Bamako.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la commune V (Service socio-sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan socio-sanitaire de la commune (P.D.S.C) la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM) ; sur les 10 aires 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un modèle pour le système de Référence à instaurer dans les autres communes du district. Ainsi le service socio-sanitaire de la commune V à été érigée en centre de santé de référence en 1994.

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

o L'administration

o Le service de Gynécologie Obstétrique :

- Grossesse à risque et gynécologie
- Accouchement
- Planning familial
- C.P.N
- Néonatalogie
- Chirurgie gynécologique

o L'Unité Consultations Externes et Soins

o L'unité PEV (programme élargi de vaccination)

o Le service de médecine :

- Médecine générale
- Pédiatrie
- Dermatologie

o Le service de odontostomatologie

o L'unité Imagerie médicale (Radio, Echo)

o Section labo-pharmacie (Unité pharmacie, unité laboratoire)

o L'unité recherche et formation :

- Salle informatique
- Archives
- Bureau statistique
- Salle de réunion
- **B**ibliothèque

o Une brigade d'Hygiène domiciliaire à la Mairie

oLa Morgue

Le centre de santé compte plus de 135 travailleurs et est dirigé par un professeur agrégé. Les travailleurs sont : fonctionnaires, conventionnaires de L'Etat, contractuels, agents de la municipalité et agents de l'INPS.

Les organes de gestion du centre sont : le conseil de gestion et le comité de gestion.

Une permanence est assurée au service de gynécologie obstétrique par une équipe de garde composée de :

- Un médecin chirurgien
- Des étudiants en médecine faisant fonction d'internes
- Une sage-femme toutes les 12 heures et son aide-soignante
- Un infirmier anesthésiste
- Une technicienne de laboratoire
- Un instrumentiste
- Un chauffeur d'ambulance
- Deux garçons de salles assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchement, 2 salles d'opérations

Une banque de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

2. Type d'étude: Il s'agit d'une étude Transversale avec collecte prospective des données.

3. Lieu: Elle a été réalisée au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako.

4. Période: Elle a couvert la période allant du 26 Février 2004 au 30 Août 2005 soit 18 mois.

5. Population d'étude:

Toutes les femmes en période d'activité génitale ayant bénéficié du dépistage, quelque soit leur mode d'admission dans notre service.

➤ **Critères d'inclusion:**

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes âgées de 25 ans à 49 ans en activité génitale qui ont bénéficié d'un dépistage volontaire du cancer du col et chez qui: une inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol a été faite suivie d'une biopsie dirigée par colposcopie.

➤ **Critères de non-inclusion:**

N'ont pas été incluses dans cette étude:

- * Toutes les femmes dont l'âge n'était pas inclus dans la tranche d'âge définie,
- * Les femmes en période menstruelle ou ayant subi une hystérectomie totale
- * Les femmes non dépistées dans notre Centre de Santé

6. Technique d'échantillonnage

Il s'agit d'une collecte systématique de tous les cas de biopsie pendant la période d'étude.

7. Collecte et support des données

Le recueil des données a été fait sur :

- * Une fiche d'enquête.
- * le registre de dépistage,
- * Le questionnaire élaboré par le programme de dépistage de masse
- * les fiches du résultat de l'histologie,

- Technique de collecte des données

La technique utilisée a été un questionnaire rempli auprès des patientes, l'exploitation du résultat de l'histologie.

8. Les variables

8.1 Déroutement du dépistage

- Un Consentement éclairé
 - Un examen clinique: Qui comportait :
- ❖ Un interrogatoire: Qui a permis le recueil des données épidémiologiques (âges, ethnie, profession, résidence); les antécédents gynécologiques et obstétricaux (nombre de grossesses, DDR, utilisation d'une méthode de contraception, partenaire polygame, premier rapport à un âge précoce).
- ❖ **Examen physique**
- **Examen général**
 - **Examen gynécologique comportant :**

L'examen au spéculum : Qui se fera comme suite:

- La patiente en position gynécologique, les fesses au ras du bord de la table d'examen. A l'aide du pouce et de l'index d'une main on écarte les petites lèvres vulvaires.
- Le spéculum non lubrifié tenu par l'autre main est introduit (valves verticales et fermées) dans le vagin en bas et en arrière prenant appui sur la face postérieure du vagin.
- Lorsque le spéculum est introduit à mi-valve il est tourné à l'horizontal puis enfoncé profondément vers le cul de sac postérieur du vagin.

On commence à ouvrir les valves pour visualiser le col utérin.

- Dès que le col est aperçu, on achève l'introduction en augmentant progressivement l'ouverture des valves qui vont se placer dans les culs de sacs vaginaux antérieur et postérieur
- On nettoie délicatement les sécrétions cervicales à l'aide d'un coton monté sur une pince.

- **Technique d'imprégnation à l'acide acétique et au lugol**

On asperge le coton monté sur une pince avec l'acide acétique qui est ensuite appliqué sur le col et ses alentours. Après un délai d'une minute on procède à l'inspection du col à l'aide d'une bonne source de lumière.

En suite on a appliqué le lugol à son tour suivant la même technique et on procède à l'inspection immédiatement.

Après inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol les femmes ont bénéficiée d'une colposcopie. Ainsi des biopsies ont été réalisées guidées par la colposcopie.

Les prélèvements ont été fixés au formol 10% et traités par des techniques standards d'histopathologie.

9. Analyse des données

Nous avons procédé à une comparaison des pourcentages sur le logiciel EPI-infos en utilisant le test de Khi2 avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

RESULTATS

RESULTATS

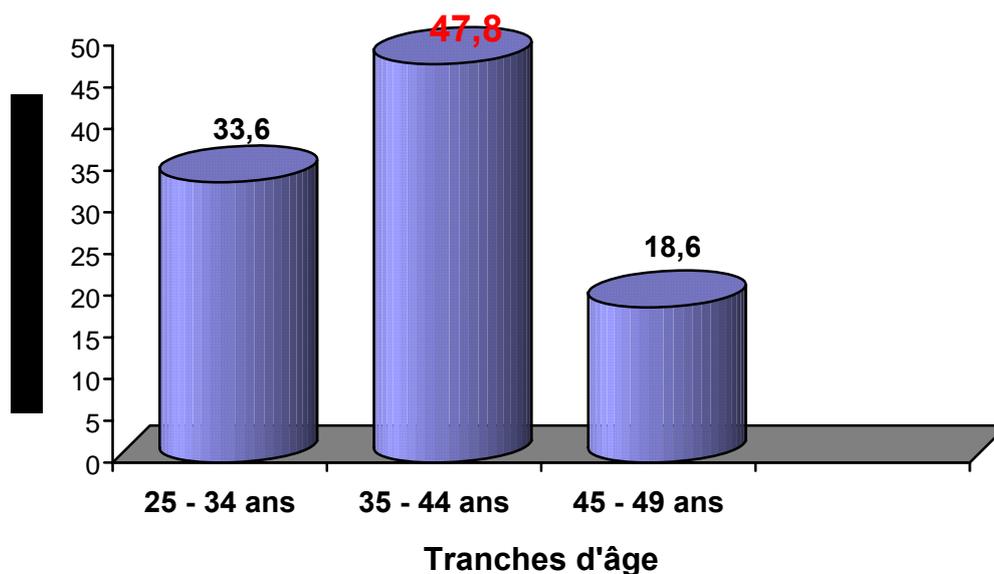
Au terme de notre étude nous avons enregistré la participation de 595 femmes pour dépistage de cancer du col.

Parmi cet effectif nous avons retenu 113 femmes ayant subi une biopsie soit 19% pour notre étude.

I. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

1. AGE

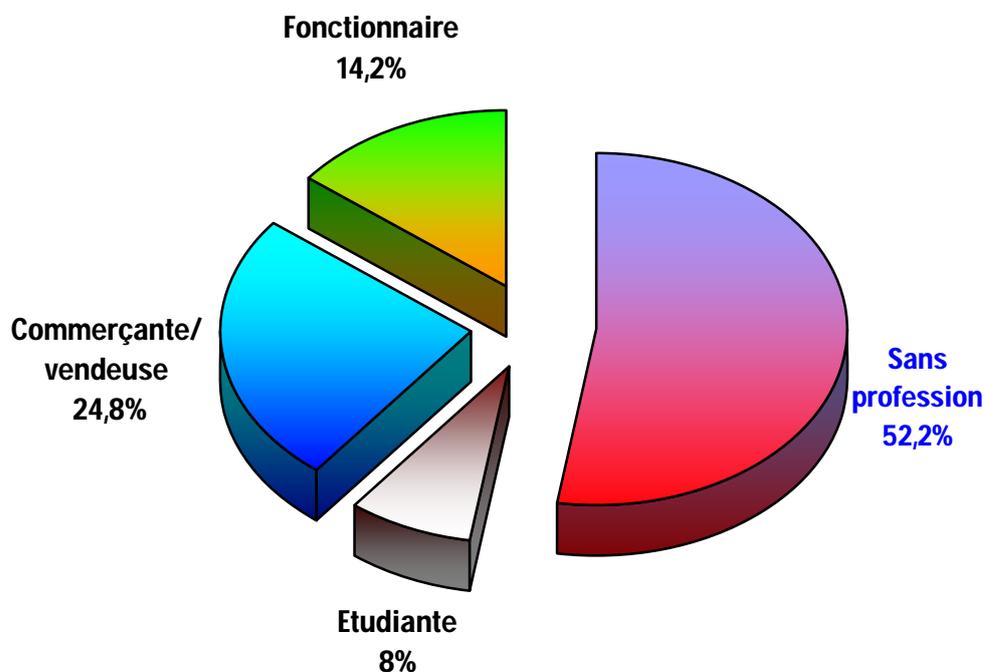
Graphique 1 : Répartition des patientes selon l'âge



La moyenne d'âge est de 38,24 ans avec des extrêmes de 25 à 49 ans.

2. PROFESSION

Graphique 2 : Répartition des patientes selon la profession



3. NIVEAU D'INSTRUCTION

TABLEAU 1 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non Instruite	50	44,2
Primaire	29	25,7
Secondaire	29	25,7
Supérieur	5	4,4
Total	113	100

4. STATUT MATRIMONIAL

TABLEAU 2 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Mariée	89	78,8
Célibataire	11	9,7
Divorcée	7	6,2
Veuve	6	5,3
Total	113	100

II. LES ANTECEDENTS

1. Antécédents médicaux

TABLEAU 3 : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ANTECEDENTS MEDICAUX	EFFECTIF	POURCENTAGE
Diabète	2	7
HTA	7	23
Ictère	3	10
Asthme	6	20
Bilharziose	8	27
Drépanocytose	3	10
Tuberculose	1	3
Total	30	100

2. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICAUX

2.1 Antécédents d'infections gynécologiques

TABLEAU 4 : Répartition des patientes selon les Antécédents d'infections gynécologiques

ATCD D'INFECTIONS GYNECOLOGIQUES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Leucorrhée	88/113	78
Prurit	59/113	52,2
Dyspareunie	62/113	54,8
Pelviaigie	17/113	15

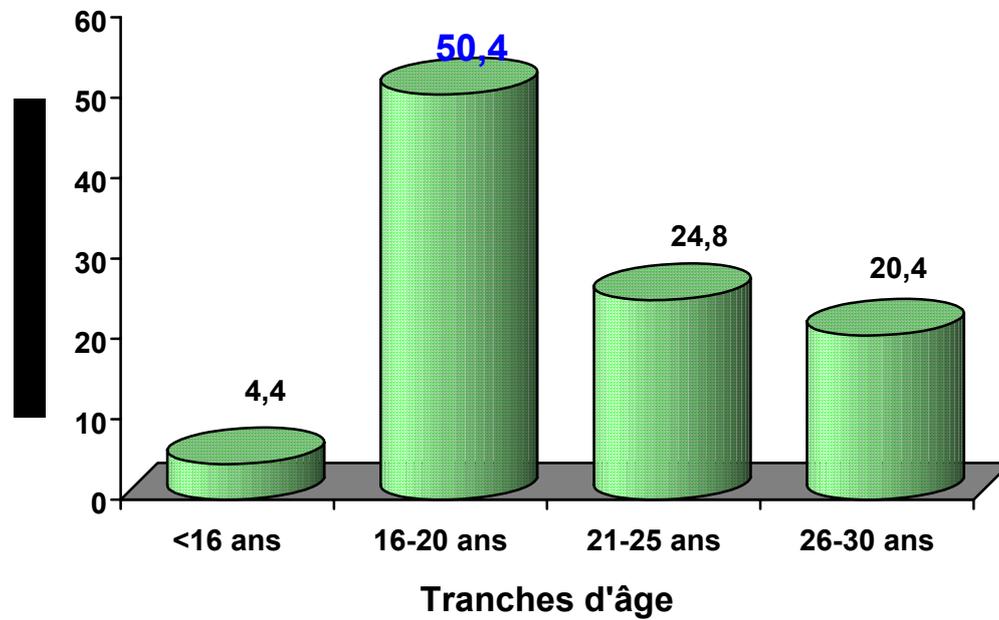
2.2 Antécédents de contraceptions orales

TABLEAU 5 : Répartition des patientes selon les Antécédents de contraception orale

ATCD DE CONTRACEPTIONS ORALES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non	81	71,7
Oui	32	28,3
Total	113	100

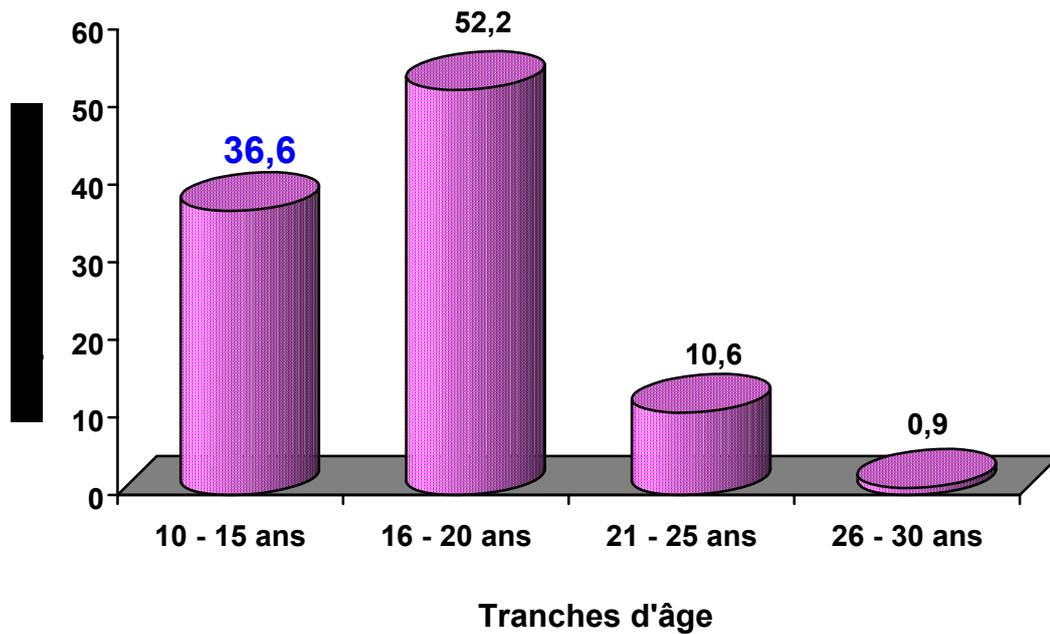
2.3 L'âge au premier mariage

TABLEAU 6 : Répartition des patientes selon l'âge au premier Mariage



2.4 L'âge au premier rapport sexuel

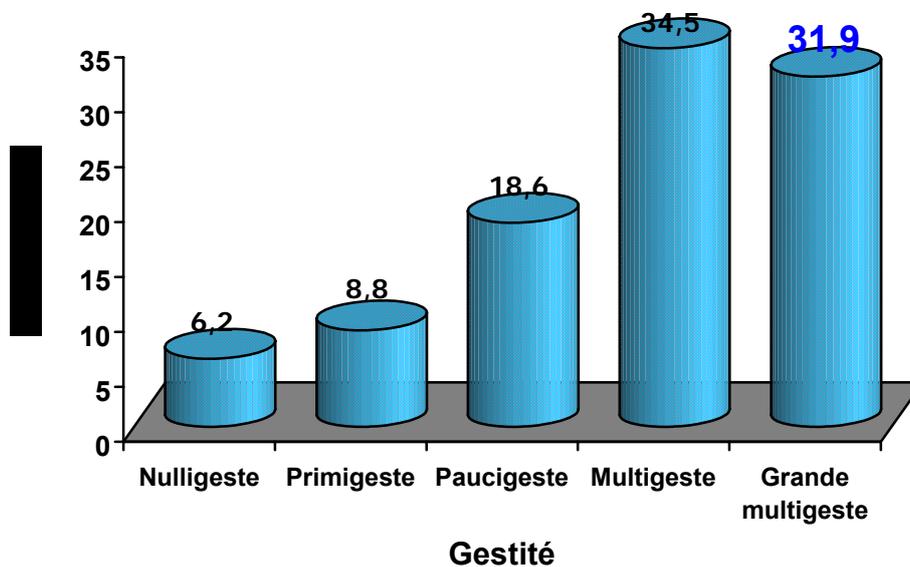
Graphique 3 : Répartition des patientes selon l'âge au premier rapport sexuel



2.5 LA GESTITE

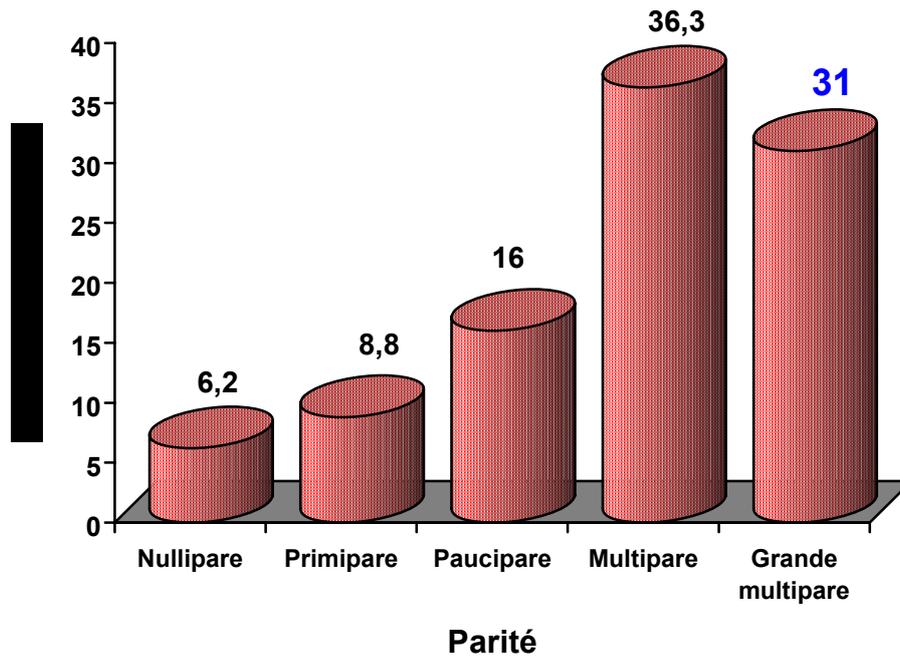
Graphique 4 : Répartition des patientes selon la gestité

Nulligeste : aucune grossesse ; Primigeste : 1 grossesse ; Paucigeste : 2 à 4



grossesses ; Multigeste : 5 à 6 grossesses ; Grande multigeste : ≥ 7 grossesses

Graphique 5: Répartition des patientes selon la parité



Nullipare :0 accouchement, Primipare :1accouchement,Paucipare :2 à 4 accouchements, Multipare :5 à 6 accouchements, Grande Multipare :≥ 7 accouchements

III. DEPISTAGE

1. MOTIF DE CONSULTATION

TABLEAU 7 : Répartition des patientes selon le motif de consultation

MOTIF DE CONSULTATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Dysurie	5	4,4
Dyspareunie	4	3,5
Pelviaigie	6	5,3
Saignement	21	18,6
Leucorrhée	6	5,3
Prurit	7	6,2
Dépistage	64	56,6
Total	113	100

2. PRESENCE DE CONDYLOME

Tableau 8 : Répartition des patientes selon la présence de condylomes vulvaires

CONDYLOMES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Non	107	94,7
Oui	6	5,3
Total	113	100

2a. Siège des condylomes

TABLEAU 9 : Répartition des patientes selon le siège des condylomes

SIEGE DES CONDYLOMES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Petites lèvres	1	16,66
Grandes et petites lèvres	1	16,66
Grandes lèvres	4	66,66
Total	6	100

3. ASPECT DU COL

TABLEAU 10: Répartition des patientes selon l'aspect du col au spéculum

ASPECT DU COL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Normal	65	57,5
Ectropion	42	40,7
Condylome	6	1,8
Total	113	100

4. LE RESULTAT DE L'IVA

TABLEAU 12 : Répartition des patientes selon le résultat de l'IVA

IVA	EFFECTIF	POURCENTAGE
Négatif	62	55
Positif	51	45
Total	113	100

5. LE RESULTAT DE L'IVL

TABLEAU 13 : Répartition des patientes selon le résultat de l'IVL

IVL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Négatif	7	6,2
Positif	106	93,8
Total	113	100

6. LA ZONE DE JONCTION PAVIMENTO CYLINDRIQUE

TABLEAU 11 : Répartition des patientes selon que la zone de jonction pavimento cylindrique a été vue ou non

JONCTION PAVIMENTO-CYLINDRIQUE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Vue	108	95,6
Non vue	5	4,4
Total	113	100

7. LE RESULTAT DE L'HISTOLOGIE

TABLEAU 14: Répartition des patientes selon le résultat de l'histologie

HISTOLOGIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Normal	9	8
Inflammation	11	9,7
CIN1	54	47,8
CIN2	7	6,2
CIN3	2	1,8
Carcinome Invasif	22	19,5
Adénocarcinome invasif	2	1,8
Non concluant	6	5,3
Total	113	100

IV. CONDUITE A TENIR

TABLEAU 15: Répartition des patientes selon la conduite tenue

CONDUITES A TENIR	EFFECTIF	POURCENTAGE
Nouveau dépistage dans 1 an	20	17,7
Nouveau dépistage dans 6 mois	54	47,8
Adressés Au CHU Gabriel Touré Pour prise en charge thérapeutique	39	34.5
Total	113	100

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- FREQUENCE :

Au cours d'une année et 6 mois de campagne, cinq cent quatre vingt quinze femmes ont accepté de se soumettre au dépistage du cancer du col. Notre étude a concerné les 113 participantes positives aux inspections visuelles soit 19%. En effet Sissoko S. [39] à Bamako au cours d'une étude précédente a enregistré la participation de 1872 femmes et un taux de positivité aux inspections visuelles de 193 soit une fréquence de 10,30%. Traoré S. [48] à Bamako rapporte 14,4%.

Millogo [28] au Burkina Fasso rapporte un taux nettement inférieur au notre 6,8%

L'insuffisance de campagne de sensibilisation et le bas niveau de culture médicale expliqueraient la faiblesse de nos taux de participation.

2. LES CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

Les facteurs socio démographiques interviennent dans beaucoup de problèmes de santé, y compris le cancer du col utérin, plus particulièrement dans les régions à faibles ressources.

2.1- Age :

La moyenne d'âge de notre population était de 38,24 ans. Le plus fort taux de participation a été recensé dans la tranche d'âge de 35 - 44 ans soit 47,8%. SISSOKO S. [39] a rapporté une moyenne d'âge inférieure au notre : 36,48 ans, alors que MILLOGO [28] au Burkina Fasso trouve une moyenne d'âge comparable au notre (38 ans). En revanche KOFFI [23] à Bangui obtient une moyenne d'âge supérieure à celle de notre étude 43,5 ans. Cette différence s'expliquerait par les tranches d'âge des deux populations : elle était de 25 -

49 ans dans notre échantillon alors qu'elle concernait toutes les femmes de 17 - 80 ans dans la série banguisoise.

Selon la littérature les dysplasies ont un taux d'incidence maximum dans la tranche d'âge de 26 - 30 ans, le cancer in situ entre 31 - 35 ans et le cancer invasif 15 ans plus tard [24] . En effet l'idée actuelle concernant le cancer du col est de le considérer comme une maladie sexuellement transmissible ; et de ce fait, toutes les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels doivent bénéficier du dépistage de ce cancer. Il est donc important de rabaisser l'âge du début du dépistage pour apprécier la repartition correcte de l'affection dans la population.

2.2- Profession, niveau d'instruction, statut matrimonial :

Dans notre série les ménagères représentaient 52,2%, et 14,2% étaient des fonctionnaires. Ces femmes majoritairement mariées 78,8%, étaient non instruites 44,2%. SISSOKO S. [39] à Bamako trouve presque le même profil épidémiologique (ménagères 46,7% ; fonctionnaire 4,8% ; analphabètes 41,9 ; mariées 61,9%) .

En revanche MILLOGO [28] a rapporté une population féminine exerçant un emploi rémunéré 64,9%, scolarisée 85,3% et mariée 86,2%. Les différences observées pourraient s'expliquer d'une part par leur population d'étude qui était composée de femmes économiquement indépendantes et instruites ayant un accès plus aisé aux soins de qualité et d'autre part par la courte durée de l'étude burkinabé (3 mois)

En outre notre population est faite de femmes jeunes dont plus de la moitié ont été mariées avant 20 ans soit 54,4%, ayant eu leur premier rapport sexuel à un âge précoce (36.3% de nos consultantes ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans et 32,2% entre 16 - 20 ans). Selon la littérature [24] le cancer du col survient chez les femmes qui ont eu : des rapports sexuels avant 17 ans, un mariage avant 20 ans. Ces femmes, d'un niveau socio économique faible avec souvent des revenus limités, un accès restreint aux services de santé et une connaissance limitée des problèmes de santé et des

comportements préventifs, sont plus vulnérables aux maladies y compris celles que l'on peut prévenir comme le cancer du col de l'utérus.

3. ANTECEDENTS

3.1- Antécédents médicaux :

La tuberculose cervicale est une pathologie rare qui peut cliniquement prendre l'apparence d'un cancer du col de l'utérus, mais la biopsie rétablit le diagnostic [15] Notre taux de 3% d'antécédent de tuberculose broncho-pulmonaire n'apparaît pas comme facteur favorisant de cancers du col.

3.2- Antécédents d'infections gynécologiques :

Les femmes qui sont à la fois infectées par le HPV et un autre agent sexuellement transmissible, sont plus susceptibles de développer un cancer du col utérin que celles qui ne sont pas co-infectées. Notre taux d'infection génitale basse (78% de leucorrhées pathologiques ; 52,2% de prurits ; 54,8% de dyspareunies) est statistiquement comparable à celui rapporté par SISSOKO S. [39] (87,5% ; 64,8% ; 51,4%) avec $p > 0,05$. 22,6% des femmes qui ont fait la sérologie VIH sont positives. Les femmes infectées par le VIH sont plus facilement infectées par des HPV à risque élevé et risquent d'avantage de développer des lésions précancéreuses plus rapidement que les femmes séronégatives au VIH dans la même catégorie d'âge [2]

3.3- Antécédents de contraceptions orales :

L'utilisation à long terme de contraceptif oral pourrait augmenter le risque de cancer du col jusqu'à quatre fois chez les femmes ayant une infection à HPV [32]

Dans notre échantillon 23% des patientes étaient sous contraception orale. Ce taux est plus élevé que celui de SHAIRI M.[31] en Tunisie 9,6%. Cette

disparité serait liée à l'influence de la religion en matière de santé de la reproduction dans la société tunisienne fortement islamisée.

ROLON P. [37] au PARAGUAY a trouvé un taux nettement supérieur soit 86,6%. La différence pourrait s'expliquer par les contraintes socioculturelles et économiques de nos pays rendant difficile l'utilisation des contraceptifs.

Selon l'OMS [2], les femmes ne doivent pas se voir refuser les oestro-progestatifs simplement parce qu'elles n'ont pas accès à des services de dépistage de cancer du col utérin. Le risque de mortalité maternelle lié à la non utilisation de la contraception dépasserait probablement de loin tout risque additionnel de cancer du col utérin chez la plupart des femmes.

3.4- Gestité et Parité :

Beaucoup d'auteurs ont cité la multiparité comme facteur de risque du cancer du col. La majorité de nos consultantes avaient une parité et une Gestité (67,3% et 66,5%) supérieur ou égale à quatre. Ce taux est statistiquement comparable à ceux rapportés par SISSOKO S. [39] à Bamako 70,4% et ROLON [37] à Paraguay 72,7% avec $P > 0,05$.

Par rapport à des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, celles qui en ont eu trois ou quatre ont 2,6 fois plus de risque de contracter un cancer du col utérin, celles qui en ont sept ou plus ont 3,8 fois plus de risque [2]

4. LE MOTIF DE CONSULTATION :

Depuis son ouverture en février 2004 le motif de consultation de l'unité de dépistage du cancer du col dans notre service est le dépistage volontaire. Ainsi 56,6% de nos consultantes sont venues pour dépistage volontaire. Ce taux est presque le même que celui de SISSOKO S. [39] 55,2%. Par ailleurs d'autres motifs de consultation ont été retrouvés tel que : métrorragies 18,6%, prurits 6,2% et leucorrhées fétides 5,3%.

5. EXAMEN GYNECOLOGIQUE :

L'inspection vulvo- périnéale :

Nous avons diagnostiqué 6 cas de condylomes vulvaires soit 5,3% ce qui est relativement faible car KOFFI [23] a noté 9,34%. Cela doit inciter à doubler de vigilance dans la mesure où le papillomavirus humain responsable du condylome est reconnu comme la principale cause de cancer du col [9]

5a- Examen Macroscopique Du Col Utérin :

Du point de vue macroscopique, 42,5% des femmes présentaient un col anormal. Ce qui est sensiblement inférieur à celui de KOFFI [23] qui a trouvé à Bangui 63,9% de cols anormaux. La qualité du personnel effectuant le dépistage pourrait expliquer cette différence, car contrairement à l'étude banguisoise où le dépistage était fait par un gynécologue, le nôtre était pratiquée par des sage-femmes.

5b-Inspections Visuelles :

L'évaluation de l'inspection visuelle du col connaît un regain d'intérêt pour les pays en voie de développement et fait l'objet de nombreuses investigations depuis le début des années 1990.

➤ Après l'application d'acide acétique sur le col utérin :

▪ La jonction pavimento cylindrique n'a été vue que partiellement ou pas du tout chez 4,4% de nos consultantes. Dans la série burkinabé [28] elle a été partiellement vue dans 9,6%. Cette zone de jonction très sensible constitue un élément important dans la pathologie cervicale, car c'est le lieu d'une intense activité de multiplication et de différenciation cellulaire. C'est là où se développent 90 à 95% des cancers du col [38]

▪ Notre taux de 45% d'IVA positif, est inférieur à celui de SISSOKO S. [39] 57,1%.

Par contre MILLOGO [28] a rapporté un taux plus bas de 21,3%. Les variations observées entre ces statistiques s'expliqueraient par

l'hétérogénéité des populations d'études en ce qui concerne les tranches d'âge de dépistage, mais aussi par l'utilisation de moyens matériels (la concentration de l'acide acétique qui est de 3 à 5%, l'intensité et la puissance de la lumière illuminant le col, qui est normalement blanche, condensée de 6000K) et la qualité du personnel.

➤ **Après application de lugol sur le col utérin :**

Nous avons noté la présence de zone iodo négatives chez 106 patientes sur 113 soit 93,8% des cas. Ce qui est relativement inférieur à celui rapporté par SISSOKO S. [39] 99%. Ce chiffre est nettement supérieur à celui de KOFFI [23] à Bangui, qui était de 45,7%. Le tarif relativement élevé de cet examen à Bangui (3300f CFA) par consultante pourrait constituer un facteur limitant pour la grande majorité de la population défavorisée, contrairement au notre qui était gratuit.

7. HISTOLOGIE :

La prévalence des lésions précancéreuses dans notre étude était de 10,6%.

Sissoko S. [39] trouve un taux de lésions précancéreuses comparable au notre :10,3%

Traoré S. [48] à Bamako et MILLOGO [28] au Burkina Faso ont rapporté des prévalences de lésions précancéreuses nettement inférieur au notre soit respectivement : 5,5% et: 4,2%.

Cette différence s'expliquerait par le taux de biopsies réalisées dans notre échantillon (100%) contre 31% dans la série Burkinabé et 12% chez Traoré S.

La prévalence des lésions cancéreuses dans notre étude était de 4%.

Millogo [28] enregistre une prévalence inférieur au notre 2,5% .

Traoré S. [48] a trouvé une prévalence bien inférieur au notre 0,7%.

Les biopsies non concluantes représentaient 5,3% et seraient dues à la taille de ces prélèvements qui étaient trop exigües pour permettre une

interprétation. Ces patientes ont été invitées à un autre rendez-vous qui a permis de reprendre la biopsie de façon satisfaisante.

8. CONDUITE A TENIR :

L'histoire naturelle du cancer du col et son cycle : dysplasie, carcinome in situ, stade I, stade II, stade III et stade IV font du diagnostic et du traitement des lésions précancéreuses ou débutantes la première arme thérapeutique. Devant l'absence de moyens thérapeutiques dans notre centre de santé, les patientes portant des lésions précancéreuses ou cancéreuses ont été adressées au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) GABRIEL TOURE. Ainsi 34,5% de nos patientes ont été adressées au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU GABRIEL TOURE pour prise en charge thérapeutique. Les 65,5% ont été rassurées et conseillées de reprendre le dépistage dans des délais allant de 6 mois à 1 an.

**CONCLUSION
ET**

RECOMMENDATIONS

CONCLUSION

Notre expérience portant sur 113 patientes soit 19% des femmes ayant participé au dépistage du cancer du col au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako pendant la période du 26 février 2004 au 30 août 2005, nous a permis de noter que :

- ❖ Les femmes jeunes ayant eu des rapports sexuels précoces, grandes multipares sont les plus affectées par le cancer du col.
- ❖ Dans cette population, la prévalence des lésions précancéreuses après dépistage par les méthodes d'inspection visuelle était de 10,6% et les lésions cancéreuses 4%.

Ces valeurs restent sous estimées puisque la tranche d'âge était fixée à 25 - 49ans.

RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités sanitaires :

- Renforcer et étendre le programme de dépistage sur l'ensemble du pays,
- Renforcer l'institution et la vulgarisation du dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez les femmes en activité génitale par la pratique de l'IVA, IVL, Colposcopie ;
- Former le personnel de santé à tous les niveaux du système de santé,
- Assurer la disponibilité du matériel de dépistage et du traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses,
- Mise à contribution des médecins dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.

2. Aux personnels de santé :

- Améliorer constamment la qualité du service par la formation continue à la pratique du dépistage,
- Préconiser le dépistage systématique chez toutes les femmes ayant eu des rapports sexuels,
- Faire l'information, l'éducation, la communication aux femmes en déconseillant les pratiques sociales nuisibles telles que la précocité des rapports sexuels et des mariages,
- Rechercher et traiter correctement les infections génitales.
- Promouvoir le port de préservatif.

3. Aux femmes :

- Intégrer aux habitudes le dépistage périodique du cancer du col et le suivi adéquat en respectant scrupuleusement les rendez-vous.
- Venir précocement consulter sans attendre l'apparition des signes ou des perturbations.

REFERENCES

REFERENCES

1. ACCP.

Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Review.
Seattle, WA: PAJH (January 2003)

2. Alliance pour la prévention du cancer cervical

(alliance for cervical cancer Prevention, ACCP).

e-mail accp: accp@path.org

site web accp: www.alliancecxca.org. Juillet 2004

3. Bishop. A., Wells E., Sherris J., et al.

Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries.
Reproductive Health Matters 1995; 60 - 71

4. Bosh Fx, De Sanjose S.

Human papillomavirus and cervical cancer- Burden and assessment of causality.

Journal of the National Cancer institute Monographs 2003; 31: 3-13

5. Bosh Fx, Muñoz N, De Sanjose S.

Human papillomavirus and other risk; factors for cervical cancer. Biomédécine & pharmacotherapy 1997; 51(6-7): 268-275

6. Brinton LA, Reeves Wc Brenes MM, et al.

Parity as a risk of factors for cervical cancer.

American Journal of Epidemiology 1989; 130: 486-496

7. Castellsagué x, Bosch Fx, Muñoz, N.

Environmental co-factors in HPV carcinogenesis.

Virus research 2002; 89(2): 191-199

8. Charke B, Chetty R.

Postmodern cancer: The role of human immunodeficiency 2002; 55 (1): 19 - 24

9. Dargent D., Bremond A., Rudigor R. C., Beang E.

Difficultés du dépistage et du diagnostic du cancer in situ du col utérin en cas de dépistage associée

Presse méd. 1979 ;5 : 2691 - 2693

10. De Sanjose S., Palefsky J.

Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men.

Virus Research 2002; 89(2): 201 - 211

11. De villers E.M.

HPV Types in Human Disease. In: Gross G., VON KROGH G.- Human papillomavirus Infections in dermatovenereology. CEC series in dermatology. Clinical and basic sciences (ed. Hl. Maibach), pages 101-115.

12. Dodson M.K, Sharp H.T.

Uses and abuses of the loop electrosurgical excision procedure (LEEP).
Clinical Obstetrics and gynecology 1999; 42 (4): 916 - 921

13. Dos Santos I.s, Beral V.

Socio-economic differences in reproductive behaviour.

IARC Scientific Publications 1997; 138: 285 - 308

14. Dounia kanambaye

Les cancers gynécologiques et mammaires : étude épidémiologique à l'Hôpital National du Point G.

Thèse Med Bamako 2003 ;N° 52 :p95

15. Dubernard G., Ansquer Y., Marcollet A., Walker F., Juras J., Madelenat P.

Tuberculose pseudo-tumorale du col de l'utérus.

Gynécologie obstétrique et fertilité 2003 ; 31(5) : 446 - 448

16. Gaffikin L. Ahmed S., Chen Y.q., et al.

Risk factors as the basis for triage in low-resource cervical cancer screening programs.

International journal of Obstetrics and Gynecology 2003; 80: 41 - 47

17. Herrero R., Schiffman M. H., Bratti C., et al.

Désign and methods of a population-based natural history study of cervical neoplasia in a rural province of Costa Rica: the Guanacaste Project. Pan American Journal of Public Health 1997; 1 (5): 362 - 375

18. Hildesheim A, Herres R, castle PE, et al.

HPV cofactors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica.

British Journal cancer 2001; 84(9): 1219 - 1226

19. International Agency for Research on cancer.

Molecular Mechanism of carcinogenesis. In: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human Papillomavirus.

World Health Organization, Lyon, France 1995; 64: 223 - 260

20. JHPIEGO, McIntosh N., Blumenthal P., Blouse A.

Cervical cancer Prevention Guidelines for low-resource settings.

Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation (July 2000)

21. Keita S.

Aspects clinique et thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National du Point G.

Thèse de Méd. Bamako 1995 ;N°44 :p84

22. Kitchner H.C, Symonds P.

Detection of cervical intra epithelial neoplasia in developping contries.

The lancet march 1999; 353:1-6

23. Koffi B., Serdouma E., Sepou A., Kaimba C. H., Rawogo D. B.

Frottis cervicaux de depistage à Bangui. Résultat de trois années d'étude.

méd. d'Afrique noire 2004 ; 51(1) : 23 - 26

24. Lansac J., Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien.

4^{eme} édition Paris 1994 ; 560

25. Luton D., Sibony O., Ancel J.-M.

Gynécologie obstétrique. Collection préparatoire à l'internat 1997 ; 110 - 119

26. Meisels. A; Fortin R.

Condylomatous lésions of the cervix and vagin. I. cytologic, colposcopie pathems. Acta cytol. 1976 ; 20 : 505 - 509

27. Meisels A., Morin C.

Morphologie des lésions du col utérin et papillomavirus humains. Arch anat cytolpath 1997; 45 (5): 261 - 267

28. Millogo F. T., Akotionga M., Lankoande J.

Dépistage du cancer du col utérin dans un district sanitaire (Burkina Fasso) par biopsie de volontaires après application de l'acide acetique et de lugol.

Bulletin de la société de pathologie exotique 2004; 97(2) :135 - 138

29. Michelle M.F, Tortotero –Luma G., Cook E., et al.

A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 92 (5): 737 - 744

30. Mohamed S., Radhouene F., Rihda B., Nouredine A.

Recours au dépistage du cancer du col utérin chez les femmes résident dans deux régions du Nord de la Tunisie.

Tunisie médicale. 2003; 81(9) : 721 - 730

31. Monsonogo J.

Rôle des papillomavirus dans l'oncobiologie des cancers du col utérin et de leurs précurseurs.

La presse médicale, 20 mars 1993 ; 22 (10) : 460

32. 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 - 1092

33. Morrice , Décrévoisier R., Pautier P.

Cancer du col et infection à VIH

Méd. Afr. Noire 2001; 10: 55

34. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C et al.

Role of parity Human papillomavirus and cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002 ;359 (9312) :1093 - 1101

35. OMS

Cancer du col utérin, contraceptifs oraux et parité.

Génève, OMS(relevé épidémiologie hebdomadaire N°20) (2002).

36. Rolon P. A., Smith J. S., Munoz N., Klug S. J., Herrero R., Bosch X., Llamosas F., Meijer C. J. L. M., Walboomers J. M. M.

Human papillomavirus infection and invasive cervical cancer in Paraguay.
International Journal of cancer 2000 ; 85(4) : 486 - 491

37. Sankaranarayanan R., Ramani M.D.S. ; Wesley, MD

Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales.
Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France 1999 ;80(5) : 161

38. Sanou M.

Premier essai de dépistage systématique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin en milieu negro-africain à Ouagadougou : à propos de 1100 tests de papanicolaou. Travail de laboratoire d'histologie du CHU de Dakar. Thèse Pha, Dakar 1989 ; 57 - 82

39. Sissoko S.

Les lésions dysplasiques du col de l'utérus dans quatre centres de santé de Bamako. Thèse Med Bamako 2005 ; N°145 : p82

40. Situation dans les pays en développement. (En ligne) <<http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/RobyR/theses_body.html>> (Consulté le 27/01/06).

41. Smith J.s, Herrero R. Bosetti C., et al.

Herpes simplex Virus -2 as a human papillomavirus cofactor in the étiology of invasive cervical cancer.

Journal of the National cancer Institute of the National cancer Institute
2002; 94(21): 1604 - 1613

42. Sobin L. and Wittekind (eds), UCC

International Union against cancer, Geneva, Switzerland. 6th ed 2002; 155 - 157

43. Spuhler S.

Aspect colposcopique du col utérin : cervico-score CCL

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1993 ; 22 :
729 - 736

44. Szarewski A, Cuzick J.

Smoking and cervical neoplasia: a review of the evidence.

Journal of Epidemiological Biostatistics 1998; 3: 229 - 256

45. TEGUETE I.

Mémoire de fin de stage de gynécologie et obstétrique, prise en charge des néoplasies intra-épithéliales du col (CIN). A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Année 2002 P10.

46. Thomas DB, Qin Q, Kuypers J et al.

Human papillomavirus and cervical cancer in Bangkok. II. Risk factors for in situ and invasive squamous cell cervical Carcinomas.

American journal of Epidemiology 2001; 153: 732 - 739

47. Touré O.

Contribution à l'étude de dépistage cytologique du cancer du col utérin au Mali à propos de 330 frottis cervicaux-vaginaux.

Thèse pharmacie Bamako 1990 ;N°43 :p61

48. Traoré S.

Dépistage des néoplasies cervicales utérin par inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol.

Thèse Med Bamako 2004 ; N°13 : 86p

49. Von G. J., Cortmassen and Hablema J.D.F

Epidermiological evidence forage dependant regression of préinvasine cervical cancer. Br. J. Cancer 1991; 64: 559 - 565

50. Von Ranst M. Tachezy R. Delius H. Burk R.D.

Classification of the human papillomavirus based on their Molecular Evolutionary Relationship. In: Gross G; VON KROGH G. – Human papillomavirus Infections in dermatovenereology. CEC series in dermatology. Clinical and basic science. (ed. H.I. Maibach) 1997 ; 69 - 80

51. Walboomers JM, et al

Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. Journal of pathology 1999; 189: 12 - 19

52. Wright T.C J.r, Subbarao S., Ellerbrock T.V, et al.

Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration.

American journal of obstetrics and gynecology 2001; 184: 279 - 285

ANNEXES

Fiche Signalétique

Nom : KONATE

Prénom : Séba

Titre de la thèse : Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

A propos de 113 cas .

Année Universitaire : 2005 – 2006.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie, Anatomopathologie, Santé publique.

Résumé :

Notre étude a porté sur le dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte prospective des données.

Elle s'est étendue sur une période de 18 mois allant du 26 février 2004 au 30 août 2005.

Nous avons enregistré la participation de 595 femmes pour le dépistage du cancer du col, 113 patientes faisaient l'objet de notre étude soit une fréquence de 19%.

La moyenne d'âge était de 38,24 ans. L'IVA, l'IVL, la colposcopie et la biopsie ont été les moyens de diagnostic.

La prévalence des lésions précancéreuses était de 10,6% et cancéreuses 4%.

Mots clés : Dépistage, cancer, IVA - IVL, colposcopie, histologie.

FICHE D'ENQUETE

Dépistage du cancer du col de l'utérus

I-IDENTIFICATION

Q1-N°D'identification :...../_____/

Q2-N°du dossier :...../_____/

Q3-Date d'admission :...../_____/

Q4-Nom :.....

Q5-Prénoms :.....

Q6-Age(en année) :...../_____/

Q7-Profession :...../_____/

(1 :ménagère ;2 :étudiante ;3 :commerçante/vendeuse ;4 :fonctionnaire ;
5 :autre à préciser)

Q8-Niveau d'instruction...../_____/

(1 : non ;2 :primaire ;3 :secondaire ;4 :supérieur)

Q9-Ethnie :...../_____/

Q10-Région de provenance :...../_____/

Q11-Statut matrimonial :...../_____/

(1 : mariée ; 2 : célibataire ;3 :divorcée ;4 :veuve)

Q12-Profession du conjoint :...../_____/

(1 :cultivateur ;2 :fonctionnaire ;3 :commerçant ;4 :étudiant ou élève ;5 :sans
profession ;6 :autre à préciser)

Q13-Date d'envoi du spécimen :...../_____/

Q14-Date de réception du spécimen :...../_____/

Q15-Date d'envoi du rapport :...../_____/

II - LES ANTECEDENTS

Q16-ATCD Médicaux :...../_____/

(1 :diabète ;2 :HTA.3 :ictère ;4 :asthme ;5 :bilharziose ;6 :drépanocytose ;
7 :hémophilie 8 :tuberculose ;9 :autre à préciser)

Q17-ATCD Familiaux :

.Notion de cancer...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q18-ATCD Gynécologiques :

.Age au premier mariage :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

.Age au premier rapport sexuel :...../_____/

Q20-ATCD Obstétricaux :

.Gestité :...../_____/

.Parité :...../_____/

.Vivant :...../_____/

.Avortement :...../_____/

.Décès :...../_____/

.I I G :...../_____/

.D D R :...../_____/

(1 :<1mois ;2 :1-3mois ;3 : 3-12mois ;4 : Plus d'un an)

III- MOTIFS DE CONSULTATION

Q21-Leucorrhées :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q22-Prurit :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q23-Lésion de grattages :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q24-Dysurie :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q25-Dyspareunie :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q26-Pelviaigie :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q27-Saignements :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

Q28-Dépistage :...../_____/

1 :Non 2 :Oui

IV- EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Q29-Inspection :

.Vulve :

+Leucorrhées :/_____/

1 : Non 2 : Oui

+Lésions :/_____/

1 : Non 2 : Oui

.Siège :/_____/

+Condylome :/_____/

1 : Non 2 : Oui

.Siège :/_____/

+Verrues :/_____/

1 : Non 2 : Oui

.Siège :/_____/

.Vagin :/_____/

(1 : sain ; 2 : condylome ; 3 : verrues)

.Col :/_____/

(1 : normal ; 2 : cervicite ; 3 : condylome ; 4 : polypes)

.Zone de jonction visible :/_____/

(1 : Oui ; 2 : Partiellement ; 3 : Pas du tout)

V- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q30-Sérologie VIH :/_____/

(1 : négatif ; 2 : positif ; 3 : non fait)

Q31-Test IVA :/_____/

(1 : non effectué ; 2 : négatif ; 3 : positif ; 4 : suspicion de cancer)

Q32-Test VL :/_____/

(1 : non effectué ; 2 : négatif ; 3 : positif ; 4 : suspicion de cancer)

Q33-Colposcopie :/_____/

(1 : non effectué ; 2 : normale ; 3 : inflammation ; 4 : atypie/CIN1/condylome/verrue/leucoplasie/changement à HPV ; 5 : CIN2-3 ; 6 : carcinome invasif ; 7 : non concluant)

Q34-Prise de biopsie :/_____/

(1 : Non ; 2 : Oui)

Q35-Diagnostic histologique reçu au laboratoire :/_____/

(1 :non disponible ;2 :normal ;3 :inflammation /cervicite ;4 :atypie ;5 :CIN1/
infection à HPV ; 6 :CIN2 ;7 :CIN3 ;8 :cancer invasif à cellules
squameuses ;9 :adénocarcinome invasif ;10 :non concluant)

Q36-Action effectuée :...../_____/

(1 : rassuré et conseil d'un nouveau test après
1ans ;2 :cryothérapie ;3 :RAD ;4 :electro-cauterisation ;5 :orienté vers l'hôpital
Gabriel Touré)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque*

Je le jure