



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie
(F.M.P.O.S)

Année académique : 2009-2010

N° 09 - 616 /2010

TITRE

**Bilan de dépistage du cancer de col de l'utérus,
par les méthodes d'inspection visuelle, de
janvier 2008 à Décembre 2008 au CSREF CIV
de Bamako**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 14 / 01 / 2010

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

**Par
Mr Gabriel Koné**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

Jury

**Président :
Membre :
Codirecteur :**

**Pr. Salif Diakité
Dr Hamadoun Garba Cissé
Dr Cheick Bougadari Traoré**

Directrice de thèse :

Pr. Sy Aida Sow

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DIEU, le clément et le miséricordieux

Dieu de la bonté, Dieu de l'Univers et de tous les hommes. Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions, soient accordés aux hommes sur terre. Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui ont quittés ce monde reçois les auprès de vous. Dieu ; merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir permis, de mener à bien, ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail

*A mon père : **Jean Koné**

Grâce à toi que j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité le respect de soi et des autres, la rigueur, la loyauté et la foi. je ne saurai te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Merci PAPA!pour tout ce que tu as fait pour moi. Je prie enfin que le seigneur te garde auprès de lui **.AMEN.**

*A ma mère **Marthe koné**

. Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable, tes conseils, tes encouragements, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Que Dieu te donne encore longue vie, car nous aurons toujours besoin de toi. Merci pour tout maman,

*A mes grandes sœurs

Agnès

Tu es une grande sœur merveilleuse, comme une mère, tu t'es souciée du fait que je ne manque de rien, tout simplement merci pour

tout ce que tu as fait pour moi. Tes conseils tes bénédictions et ton soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut.

Marie Cécile

Je me souviens que tu te souciais de moi lorsque j'étais en classe inférieure ; beaucoup de générosité et de bon cœur. Que l'Éternel réalise tes vœux et te comble de bonheur dans ton travail

*A mon grand frère **Emile**

Malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui ; je te dis merci pour la complicité et aussi pour tes conseils et ton éducation Je te souhaite le paradis céleste .

*A toute ma famille

En tant qu'enfant, je vous ai souvent offensée malgré tout votre amour et votre sagesse. Vous m'avez toujours pardonnée et tout donnée. Ce travail est le vôtre.

Remerciements

J'adresse mes remerciements

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

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

*A nos Aînés Docteurs : **Seybou Cissé, Dramane Coulibly, Djénéba Diallo, Mahamadou Gédouma Koné, Sory Cissé, Moussa A Maiga, Issiaka Diarra,**

Vous faites parties de nos formateurs, cependant vous avez aussi su être tout simplement des proches pour moi. Merci pour votre aide et pour toutes les complicités.

*A tous ceux avec qui j'ai partagé ma vie d'étudiant chez **Sirima Bagayoko** au village du Point G

Moussa Issa Touré dit MIT, Youssouf Camara, Hamidou Diallo dit Bill, Boncana Traoré Dit Bogos, Alpha M touré , Moussa Diawara , Mohamed Konaté, Alou Arama, Sedou touré, Modibo Kamissoko,

Merci pour cette harmonieuse cohabitation et toutes mes excuses pour les fois où je vous ai offensés. Sachez que je serai souvent nostalgique.

*A mes camarades : **Ibrahim Maiga dit Papa ;Souaré Dia ;Dado Farota ;Tout le personnel de ASACOBOUL II**

*A tous mes maîtres de la maternelle, primaire, secondaire, et de la FMPOS voici le fruit de votre œuvre commune. Gratitude infinie

*A toutes les sages femmes du CSRef CIV particulièrement à Tanti : **Kadia Touré, Mai Cissé, Haby Thiam,** et **Ami Berthé,** bonne continuation pour le dépistage.

*A tous mes aînés du service d'anatomopathologie à tous mes collègues internes et à tous mes cadets. Merci pour ces moments de joie et partage passés ensemble.

*A tout le personnel de l'INRSP particulièrement **Dembélé Yacou,** et **Odalia**

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

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A Notre Maître et Président du jury

➤ **Professeur Salif Diakité**

➤ **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de Bamako.**

➤ **Praticien hospitalier à l'Hôpital Gabriel Touré.**

Cher Maître,

Vous nous faites aujourd'hui un grand honneur en acceptant de
présider ce jury malgré vos multiples occupations.

La disponibilité, la simplicité et la rigueur sont quelques-unes de vos
qualités et font de vous un homme admirable.

L'enseignement et la formation de qualité dont vous nous avez fait
bénéficier nous serviront de tremplin dans notre future vie
professionnelle.

Nous vous prions d'accepter notre respectueuse considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Hamadou Garba Cissé

- **Spécialiste en Gynécologie obstétrique**
- **Diplôme d'Echographie Gynécologie Obstétricale**
- **Diplôme de Fertilité et de Stérilité**
- **Diplômé de l'université Claude Bernard Lyon I(France)**
- **Promoteur de la polyclinique <<Le Lac Télé>> à Bamako**
- **Promoteur du réseau des écoles de santé<< Le Bouctou>> de Bamako, Tombouctou, Kidal et chargé du cours de Gynéco obstétrique**
- **Chargé de cours de médecine de la reproduction à la faculté des sciences et technique << FAST>>**
- **Membre actif de la fédération internationale de gynécologie obstétrique**
- **Membre actif de la société internationale de cancérologie**

Cher Maître, votre encadrement, votre disponibilité, votre modestie et votre souci constant pour le travail bien fait, nous ont beaucoup

impressionnés. Nous vous sommes reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour notre formation. Vos remarques, vos suggestions et vos critiques ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Soyez rassuré cher Maître de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Cheick Bougadari Traoré

- **Maître Assistant en Anatomie Pathologie.**
- **Pathologiste et chercheur à l'Institut National de Recherche en Santé Publique.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.**

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux, simple, aimable et travailleur. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.

A Notre Maître et Directrice de Thèse

- **Professeur Sy Aïda Sow**
- **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.**
- **Médecin chef du centre de santé de Référence de la commune II**
- **Chevalier national de l'ordre de mérite de la santé**

Chère Maîtresse, en acceptant de diriger ce travail vous nous avez prouvé par la même occasion votre confiance.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait, nous ont beaucoup impressionné.

La qualité de vos enseignements, votre connaissance large font de vous un maître aimé et apprécié par les étudiants.

Permettez nous cher maître de vous adresser nos sincères
remerciements.

ABREVIATIONS

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra -Epithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

COLPO : Colposcopie

CSRef : Centre de Santé de Référence

CI : Cancer Invasif

DDR : date des dernières règles

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FCV : Frottis Cervico Vaginal

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPV/VPH : Human Papillomavirus/Virus du Papillome Humain

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IV : Inspection Visuelle

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application du Lugol

JPC : Jonction Pavimenteuse Cyindrique

LIEBG : Lésions Intra -Epithéliales de Bas Grade

LIEHG : Lésions Intra - Epithéliales de Haut Grade

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OC : Orifice Cervical

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : organisme non gouvernemental

PNLCC : Programme National de Lutte contre le Cancer

RAD : Résection à l'Anse Diathermique

Hyst : Hystérectomie

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

TV : Trichomonas Vaginalis

UIV : Urographie Intra -Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZR : Zone de Remaniement

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	16
OBJECTIFS.....	19
I- GENERALITES.....	21
1- Rappels.....	21

2- Généralités	sur	le
cancer.....		28
3- Principes physiopathologiques des tests visuels..		
.....		45
II- MÉTHODOLOGIE		49
1- Cadre d'étude.....		49
2- Période d'étude.....		50
3- Type d'étude.....		50
4- Critères.....		50
5- Matériels de travail.....		50
6- Déroulement du travail.....		51
7- Saisie et analyse des données.....		
.....		57
III- RESULTATS		58

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	76
V- CONCLUSION.....	82
VI- RECOMMANDATIONS.....	83
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	86
ANNEXES.....	94

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

Cette tumeur maligne prend naissance sur le col de l'utérus et, les deux formes rencontrées le plus souvent sont: le carcinome épidermoïde ou squameux le plus fréquent avec 95%, et l'adénocarcinome plus rare [2].

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

En France ,il occupe le 7ème rang,avec 3500 nouveaux cas par an avec une incidence de 9,9 /100000 femmes. [54].

Aux Etat -Unis, le cancer invasif du col de l'utérus est 3 fois moins fréquent que le cancer in situ(CIS) ; avec une fréquence de 5% des cancers chez la femme. [54].

En Afrique et dans les caraïbes,le cancer du col de l'utérus reste la 2ème cause de décès après la mortalité maternelle.Il touche de plus en plus de femmes jeunes, la moyenne d'age se situant entre 40 et45 ans et aussi chez les multipares âgées[54]..

Au Congo Brazzaville ,il a une fréquence de 60%, au Sénégal,il est de 19%, en Cote d'Ivoire 11% selon les études. [54].

Selon les données récentes du registre du cancer du Mali, le cancer du col vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour cent mille habitants. En effet, dès le début des années 80, des études rapportaient que la simple observation du col au spéculum et surtout, l'application de l'acide acétique et de lugol sur le col, permettaient de

dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses opérables du col, avec une sensibilité comparable, sinon meilleure à celle du frottis [12].

Au Mali, le dépistage par la méthode visuelle a démarré en 2001 et, a permis d'avoir un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée [46].

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris ce travail, afin d'évaluer l'intérêt des méthodes IVA et IVL dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses au CSRef CIV.

OBJECTIFS

Objectif général

- Etudier le dépistage par les méthodes visuelles et la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Définir le profil socio démographique des patientes dépistées au CSRef CIV.
- Déterminer la prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col au CSRef CIV.
- Déterminer le type histologique des dysplasies et des cancers du col de l'utérus au CSRef CIV.
- Décrire les méthodes thérapeutiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRef CIV.
- Décrire le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRef CIV.

GENERALITES

I - GENERALITES

1 - Rappels

1 .1- Rappel anatomique

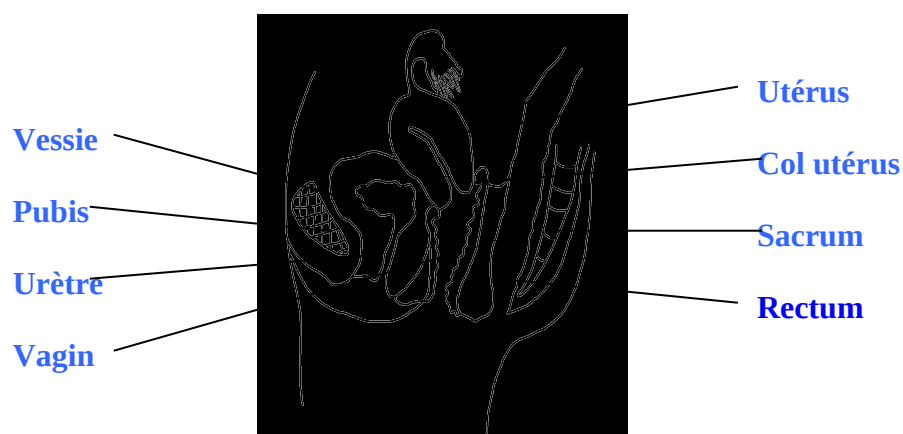


Schéma1 : Coupe sagittale des organes pelviens [39]

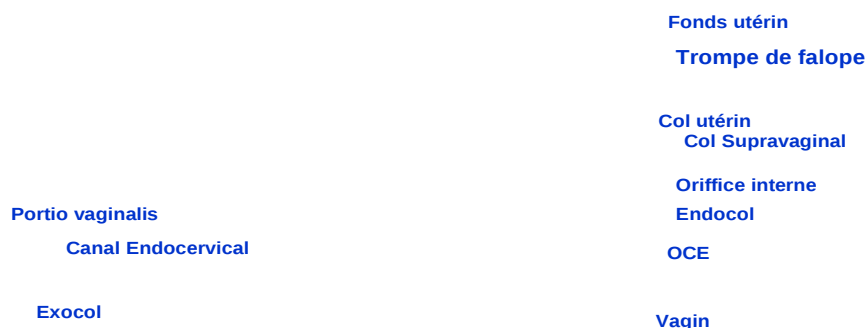


Schéma 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [39]

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

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

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

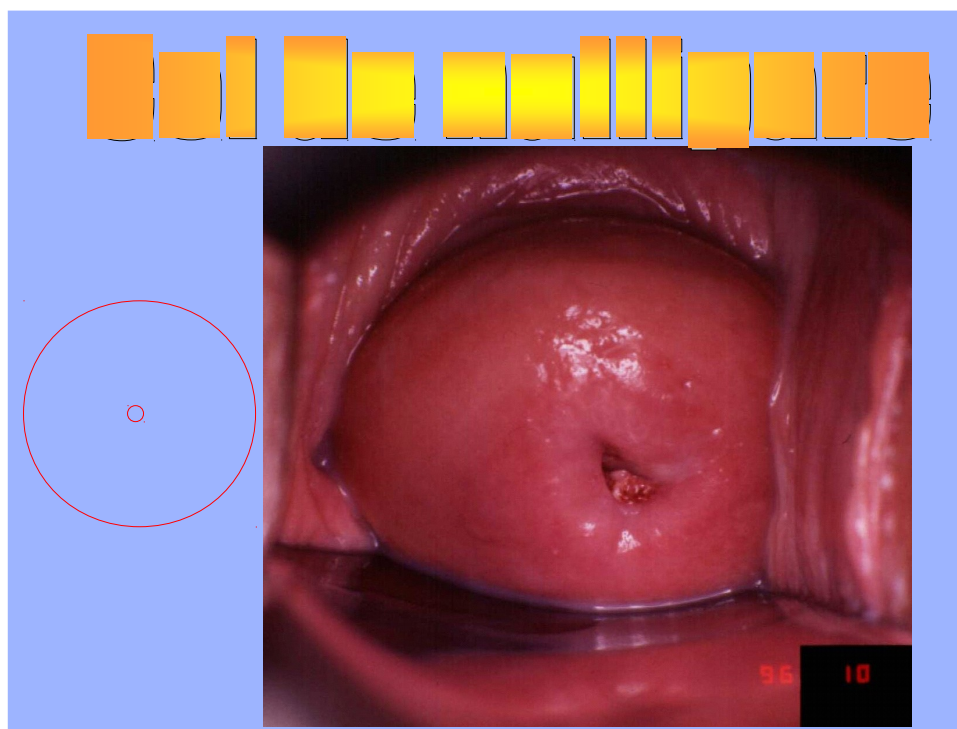


Figure 1 : col de nullipare [39]

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

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

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

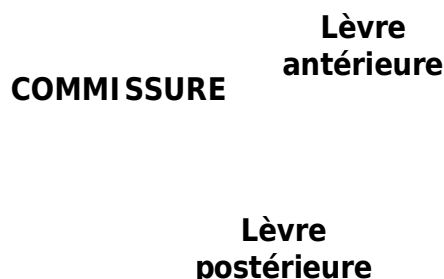


Figure 2 : col de multipare [39]

1.2- Rappel histologique

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

A) L'exocol [46]

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

- 1) une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale .
- 2) une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineuses .On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.

- 3) une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.
- 4) une couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS ; elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme occupé par du glycogène que le lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène,
- 5) la zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolement et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exocervicaux.

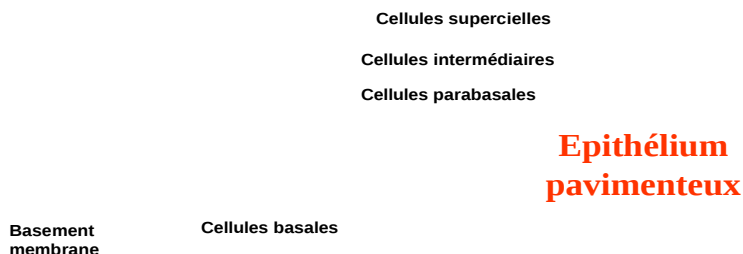


Figure 3 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [39]

B) L'endocol [39]

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

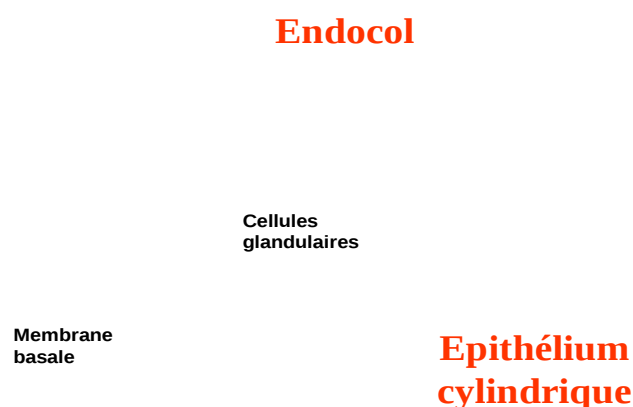


Figure 4 et schéma 3 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal[39]

C) La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [39]

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

- Chez la fillette et la nullipare l'orifice externe est arrondi, souvent la zone de JPC correspond à l'orifice externe du col ou être très proche de l'orifice externe.
- Chez la jeune femme en début de la période de reproduction elle est éloignée de l'orifice externe suite à une éversion de l'épithélium cylindrique sur une large portion de l'exocol (ectropion).
- Chez la femme d'une trentaine d'année en période de reproduction elle se rapproche de l'orifice externe. La JPC apparaît sous la forme d'une ligne blanche après l'application d'une solution d'acide acétique à 5%, à cause de la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique immature adjacent à la nouvelle JPC.
- Au pré ménopause la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se situe au niveau de l'orifice à cause de la diminution du taux d'œstrogène entraînant une diminution de la taille du col et par conséquent un déplacement plus rapide de la jonction pavimento-cylindrique vers l'orifice externe et dans le canal endocervical.
- Après la ménopause, la nouvelle JPC n'est plus visible ; elle a disparu dans l'endocol. L'épithélium pavimenteux métaplasique mature,

s'étend sur presque tout l'exocol ; elle se situe dans le canal endocervical donc, n'est presque pas visible.

Entre ces 2 épithéliums, il se forme une zone où l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium métaplasique pavimenteux ; cette zone est fragile, ulcérable suite des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée **zone de remaniement (ZR)** ; elle mesure d'après F. Fluhmann 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone où débutent généralement les néoplasies cervicales à proximité de la jonction pavimonto-cylindrique [39, 46].

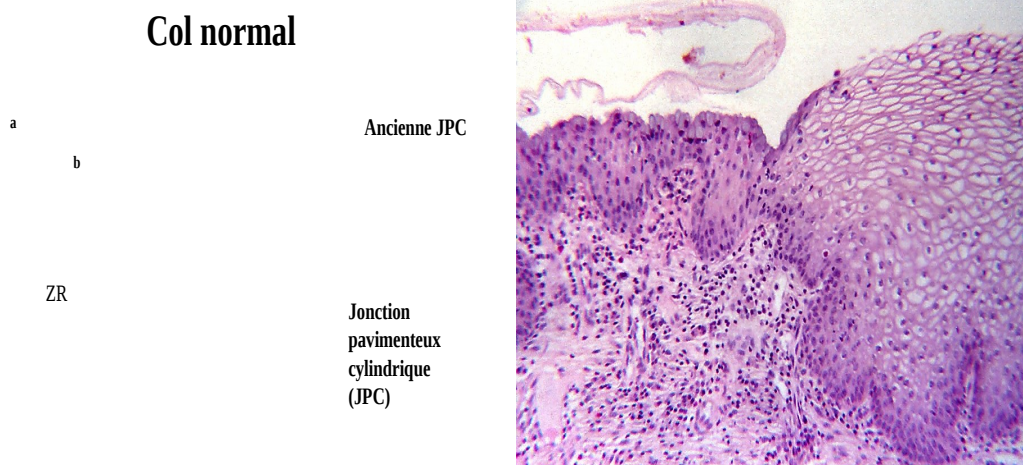


Figure 5 : Col normal avec la JPC [39]
histologique
JPC [39]

Figure 6 : Coupe
normale de la zone de

2- Généralités sur le cancer

2.1- Définition du cancer du col utérin

Le cancer du col de l'utérus est une prolifération anormale, anarchique et autonome des cellules, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions [1, 45]. L'histoire naturelle du cancer du col montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papillomavirus) [10]. Il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

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

Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses sont faciles à diagnostiquer et le traitement est simple et reproductible, qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [19, 20].

2.2- Etiopathogenie du cancer

Facteurs de risque

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

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

- **Infection par le papilloma virus [25]**

Elle est responsable de condylomes et induit des tumeurs épithéliales. Au niveau du col, les types 16,18, 31, 45 ont un rôle oncogène certain. Les types 6 et 11 provoquent des condylomes acuminés de la vulve, du vagin et du col donnant un aspect en crête de coq ou de lésions

asymptomatiques dépistées par les biopsies de zones blanchâtres du col après application d'acide acétique.

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

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

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

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

● **Les lésions dysplasiques ou précancéreuses**

Le concept de la maladie pré invasive du col a été introduit pour la première fois en 1947. Il a été reconnu que des transformations épithéliales ayant l'apparence d'un cancer invasif pouvaient être identifiées uniquement au niveau de l'épithélium [37].

Des études ultérieures ont montré que si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent progresser vers le cancer du col [23].

Les progrès de la cytologie ont conduit à l'identification des lésions précoces appelées dysplasies, qui impliquent le développement futur probable d'un cancer. Pendant de nombreuses années, le carcinome in situ (CIS) était traité très agressivement (très souvent par une hystérectomie) tandis que les dysplasies considérées comme moins importantes n'étaient pas traitées ou étaient traitées par biopsie per colposcopie et cryochirurgie [19].

Le concept de néoplasie intra épithéliale (CIN) du col a été introduit en 1968, quand Richart a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer [32]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement [34]. Néanmoins, le terme CIN réfère à une lésion qui pourrait progresser vers le cancer. Ce terme est équivalent à celui de dysplasie.

La dysplasie signifie « maturation anormale » ; par conséquent, une métaplasie proliférative sans activité mitotique ne doit pas être appelée dysplasie. Une métaplasie épidermoïde ne doit pas être diagnostiquée comme dysplasie (CIN) parce qu'elle ne progresse pas vers le cancer invasif [19].

La plupart des cancers cervicaux sont précédés d'une longue période de cancer pré invasif. Ce stade se manifeste à un niveau microscopique par un spectre continu d'évènement allant de l'atypie cellulaire aux différents degrés variés de la dysplasie. Celle-ci évolue vers le carcinome in situ, qui en dehors de tout traitement dégénère en cancer invasif. La « néoplasie cervicale intra épithéliale » (CIN) était une nomenclature de plus en plus utilisée permettant de représenter le large spectre de la maladie. Dans de nombreux pays en développement, la nomenclature dysplasie/carcinome in situ de l'OMS est toujours en cours [12]. Celle de Papanicolaou est universellement abandonnée car obsolète et celle du Système Bethesda doit être utilisée pour les résultats du frottis [2]. Cette dernière a été modifiée en 2001 en considérant l'infection HPV (au même titre que les CIN I) comme une lésion intra épithéliale de bas grade (LIEBG). La corrélation entre ces différentes classifications est représentée dans le tableau I.

TABLEAU I : Corrélation entre les différentes classifications [46]

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

évoquant la malignité		Carcinome in situ (CIS)		
		Carcinome malpighien	Carcinome malpighien	Carcinome malpighien
Classe IV : Anomalies cellulaires très évocatrices de malignité		Adénocarcinome	Adénocarcinome	Adénocarcinome
Classe V : Cellules malignes				

Caractéristiques cliniques

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

Diagnostic des dysplasies

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

2.3- Histologie

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

- o Différenciation, maturation et stratification des cellules

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

o Anomalies nucléaires

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

o Activité mitotique (présence des figures de division cellulaire),

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

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

2.4- Traitement [25]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

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

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

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

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

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

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

2.5- Surveillance [25]

La surveillance doit être stricte :

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

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

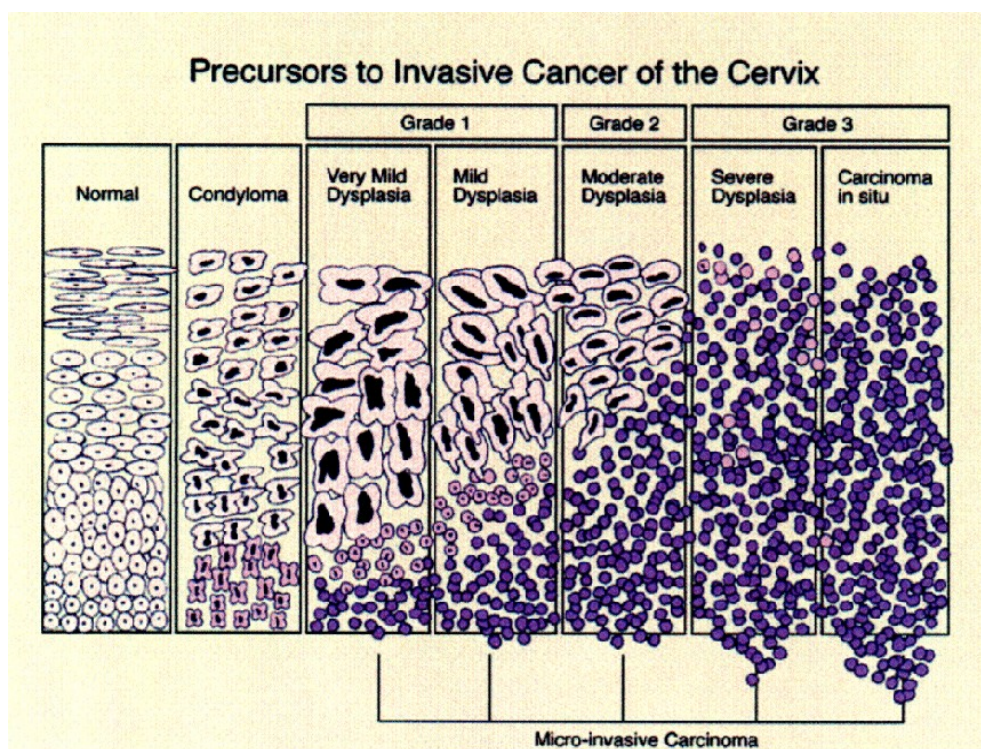


Figure 7: Coupe histologique de la lésion précurseur du cancer du col [39]

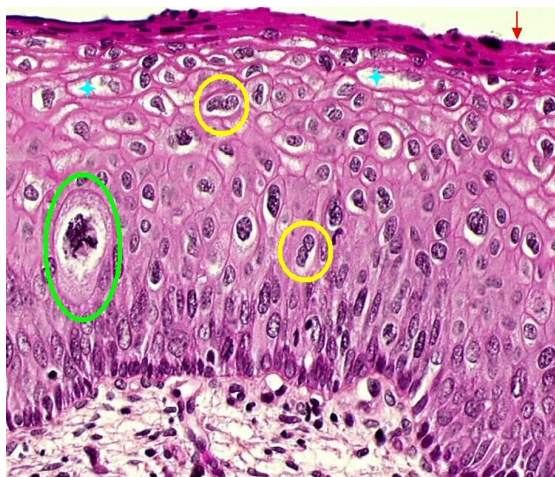


Figure 8 : Coupe histologique d'un épithélium avec infection à HPV plus dysplasie légère [39]

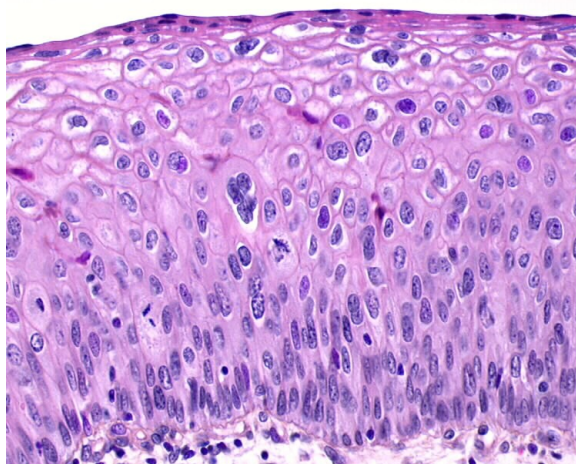


Figure 9 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie modérée [39]

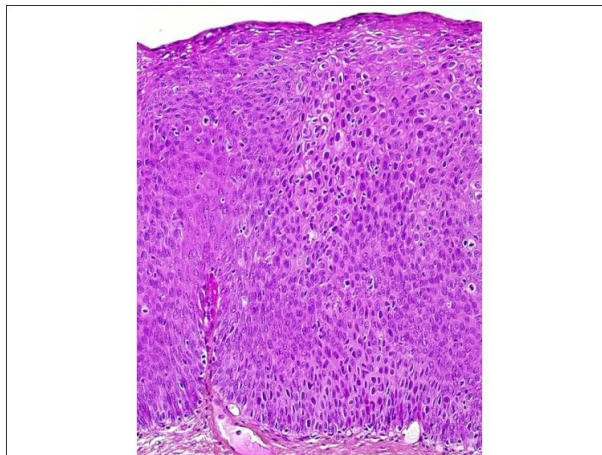


Figure 10 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie sévère [39]

2.6- Les rapports de la dysplasie et du cancer [25]

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

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

Tout se passe comme si l'évolution de la dysplasie de haut grade en cancer in situ puis invasif, se faisait de manière évolutive. Le

dépistage de la dysplasie et son traitement font baisser la fréquence du cancer du col dans une population donnée.

2.7- Le Cancer invasif

Caractéristiques cliniques

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

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

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

De temps en temps, ces cancers peuvent ne présenter aucune manifestation tumorale en surface, et se manifester seulement par une

hypertrophie du col qui prend alors une forme irrégulière avec une surface granuleuse et rugueuse.

Lorsque l'invasion se poursuit, elle peut affecter le vagin, les paramètres, la paroi pelvienne, la vessie et le rectum. La compression de l'uretère provoquée par une tumeur localisée peut entraîner une obstruction urétérale responsable par la suite d'une hydronéphrose, et d'une insuffisance rénale. L'invasion locorégionale s'accompagne d'une extension métastatique aux ganglions régionaux. Les métastases dans les ganglions para aortiques peuvent parfois traverser la

capsule du ganglion pour aller directement envahir les vertèbres et les terminaisons nerveuses à l'origine de douleurs dorsales.

Ainsi l'invasion directe des branches des terminaisons du nerf sciatique provoque des douleurs dorsolombaires et des douleurs dans les membres inférieurs. De la même façon, l'atteinte des veines de la paroi pelvienne et du réseau lymphatique est parfois à l'origine d'un œdème des membres inférieurs. La dissémination des métastases à distance intervient de façon tardive au cours de la maladie. Ces métastases touchent généralement les ganglions para-aortiques, les poumons, le foie, les os, ainsi que d'autres organes.

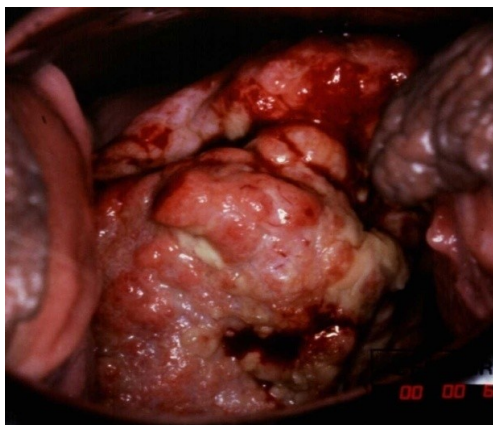


Figure 11 : col avec un cancer invasif [39]
histologique d'un
invasif [39]

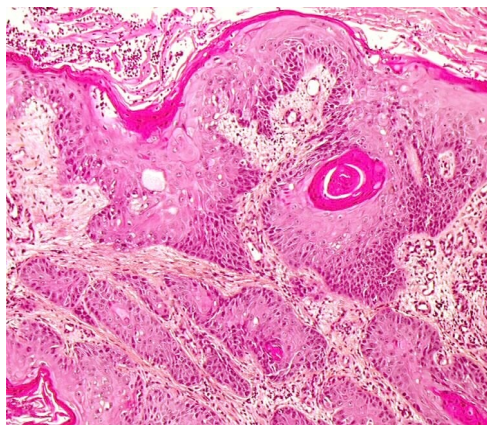


Figure 12 : coupe
cancer épidermoïde

2.8- Dépistage et diagnostic du cancer du col

En plus du frottis cervico-vaginal, il existe d'autres moyens diagnostiques de dépistage comme le curetage endocervical, le downstaging, la spéculoscopie, la cervicographie, et le test ADN du

VPH. Ils n'entrent pas toujours dans les moyens des services sanitaires de nombreux pays en voie de développement, du fait de la disponibilité insuffisante en infrastructure pour le dépistage et le traitement et du coût élevé par rapport au revenu moyen empêchant les femmes de venir faire leur dépistage.

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

Justification du dépistage du cancer du col utérin

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

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

➤ Classification histopathologique du cancer du col de l'utérus

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95 % des cancers invasifs du col dans les pays en développement sont des carcinomes épidermoïdes, et seulement 2 à 8 % correspondent à des adénocarcinomes [39].

➤ Classification clinique

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

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

Stade I le carcinome est strictement limité au col utérin

I A : cancer invasif identifié par analyse microscopique uniquement.

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

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

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

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

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

Stade III

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

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

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

Stade IV

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

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

IV B : extension aux organes distants.

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

2.9- Traitement et pronostic [25]

Le traitement est fonction du stade évolutif :

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

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

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

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

Une lymphadénectomie iliopelvienne.

✓ La physiothérapie sans chirurgie :

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

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

Premier temps : curiethérapie ;

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

Troisième temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

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

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

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

- **Pronostic**

La survie en 5 ans est de :

100% pour le CIS.

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

55% pour les cancers aux stades IIb,

35% pour les cancers aux stades III,

5 à 10% pour les cancers aux stades IV.

• **Surveillance post- thérapeutique [25]**

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

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

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

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

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

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

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

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

La fréquence du cancer du col de utérin chez la femme enceinte est diversement estimée : 2,7% à 3,5% des cancers du col surviennent chez la femme enceinte et les néoplasies intra épithéliales (CIN) sont plus fréquentes pendant la grossesse. Il s'observe plus souvent chez la multipare ayant dépassé 30 ans, dont le col a été traumatisé par les accouchements antérieurs. Mais il atteint aussi la primipare plus jeune. Les divers degrés de la classification internationale des lésions pré invasives et invasives des cancers du col de l'utérus et néoplasies intra épithéliales s'observent dans les mêmes proportions qu'en dehors de la grossesse [28].

L'augmentation de la taille et du nombre des vaisseaux, l'hyperplasie de la muqueuse endocervicale, la transformation du chorion et l'intensité de la réaction acidophile modifient parfois considérablement les aspects colposcopiques chez la femme enceinte. Près d'un tiers des

cancers invasifs ou micro invasifs survenant chez la femme enceinte étaient méconnus à la

colposcopie durant la grossesse. Le principe est d'éviter l'expulsion du fœtus par la voie cervico- vaginale car elle représente un facteur pronostic défavorable.

- Au premier trimestre de la grossesse :

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

- Au deuxième trimestre de la grossesse :

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

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

-Au troisième trimestre de la grossesse :

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

➤ **Relation entre cancer du col de l'utérus et l'infection à VIH [36]**

L'infection à VIH est elle impliquée dans la survenue du cancer du col de l'utérus Durant ces dernières années, on assiste à une évolution de l'épidémiologie du cancer du col avec un rajeunissement de la population atteinte. Ainsi l'infection par le VIH n'explique pas entièrement cette évolution récente mais trouve sa place dans les facteurs de risque de la

maladie. Cette infection chez la femme est associée à une prévalence élevée de cancer du col et à une évolution d'autant plus sévère de ces lésions que le déficit immunitaire est profond.

Cela a conduit à l'inclusion du cancer invasif du col parmi les critères définissant le sida en janvier 1993 principalement dans le but de sensibiliser les cliniciens à la surveillance gynécologique des femmes séropositives. La découverte de plusieurs cas de cancer cervicaux chez les femmes jeunes VIH positifs ainsi que l'observation de risque plus élevés d'infections à papilloma virus humain et de dysplasies cervicales de haut grade, précurseur de cancer du col chez les femmes VIH positives suggèrent une association entre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Peu d'études ayant été réalisées pour confirmer cette association, des données plus précises sont nécessaires pour justifier un dépistage systématique du cancer du col chez les femmes séropositives. Ainsi le traitement standard comportera en fonction du stade du cancer, de l'âge de la patiente, du désir ultérieur de grossesse ; une chirurgie ou une cryothérapie associée ou non à un traitement antiretroviral. Ce traitement est modulé en fonction du taux de CD4 et de la gravité de l'infection à VIH. Le traitement

antiretroviral pourrait être renforcé par une prophylaxie infectieuse contre les infections opportunistes et une surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

➤ **Cancer du col chez les adolescentes**

En raison de la presque constance de l'ectropion physiologique de la puberté, le col des adolescentes est plus que celui des autres vulnérable et s'accompagne d'anomalies histologiques de l'épithélium malpighien métaplasique. Cette susceptibilité est généralement traduite par la brièveté du temps s'écoulant entre les premiers

rapports et l'apparition des lésions. En outre, le nombre élevé de partenaires est un facteur d'infections sexuellement transmissibles. Mais après des périodes d'abstinence et de soins hygiéniques sérieux, le col reprend assez rapidement son état normal. La tendance à la progression varie avec l'âge.

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

3- Principes physiopathologiques des tests

3.1- Le test à l'acide acétique (IVA)

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

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

Lorsqu'on applique l'acide acétique sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un blanchissement notable de l'épithélium comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présents dans l'épithélium.

Les modifications de coloration les plus perceptibles s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés.

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

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

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

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

En présence d'une inflammation ou d'une cicatrisation, la réaction acidophile est largement répandue sur tout le col et ne se limite pas à la zone de remaniement. D'autre part, l'effet de l'acide acétique se dissipe rapidement dans le cas de la métaplasie immature et de l'inflammation (en moins d'une minute), tandis que les modifications acidophiles associées aux lésions CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra clinique, apparaissent rapidement et persistent quelques minutes : entre 3 et 5 minutes dans le cas des CIN de haut grade (2 et 3) et du cancer invasif.

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

3.2- Le test de Schiller (Inspection visuelle au lugol : IVL)

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

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

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

immature restent iodo-négatives où ne prennent que partiellement la coloration à l'iode.

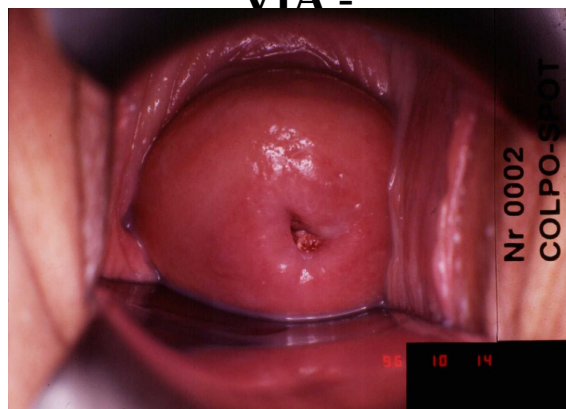
En cas d'érosion des couches cellulaires superficielles et intermédiaires associée à une inflammation de l'épithélium pavimenteux, ces zones ne prennent pas la coloration à l'iode et apparaissent nettement décolorées sur un fond brun ou noir.

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

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

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

VIA -



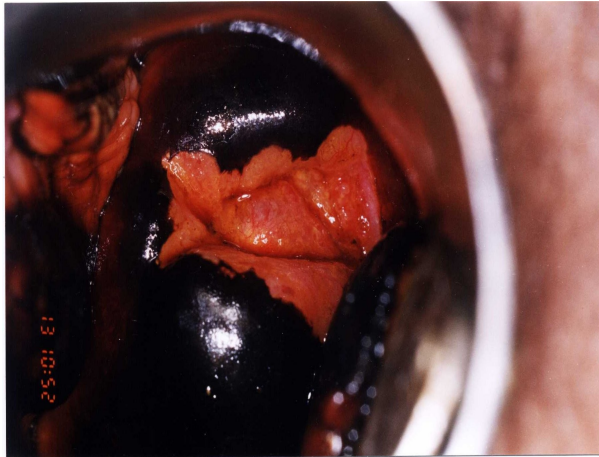
VIA +

Figure 13 : col négatif à l'acide acétique [39]

Figure 14 : col

positif à l'acide acétique [39]

IVL -



IVL +

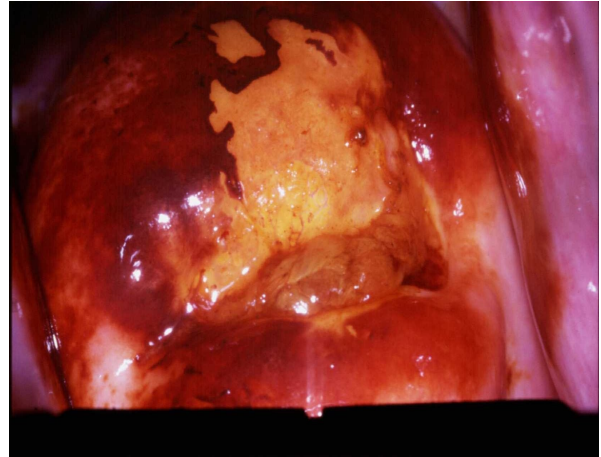


Figure 15 : col négatif au soluté de lugol [39]

Figure 16 :

col positif au soluté de lugol

II- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre travail s'est déroulé au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako et au service d'anatomopathologique de l'INRSP.

Les biopsies et les pièces opératoires ont été systématiquement adressées à l'INRSP après fixation au formol à 10%.

1.1- Le Centre de Santé de Référence de la Commune IV

Actuellement ce centre a une très forte affluence et comprend plusieurs unités dont celle de Gynécologie et d'obstétrique qui a en charge l'organisation et la réalisation de l'activité de dépistage. Le jour du dépistage au CSRef CIV, le personnel s'occupant de cette activité comprend :

Un gynécologue obstétricien,

Un anatomopathologiste,

Des étudiants en médecine faisant fonction d'internes,

Des sages femmes formées à la technique d'inspection visuelle du col à l'IVA-IVL,

Une aide soignante pour la stérilisation du matériel.

1.2- **L'Institut National de Recherche en Santé Publique**

L'institut national de Recherche en santé publique (INRSP) est un des centres de références de niveau national dans le domaine du diagnostic biologique et anatomopathologique, et de la recherche en santé publique. Il a pour missions :

- Promouvoir la recherche médicale et pharmaceutique en santé publique notamment dans les domaines des maladies infectieuses, **néoplasiques**, de la médecine sociale, de la santé de la reproduction, de la génétique, de la biologie clinique appliquée à la nutrition et aux affections endémo-épidémiques, de l'hygiène du milieu, de l'éducation sanitaire, de la socio-économie, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ;
- Participer à la formation technique, au perfectionnement et à la spécialisation des cadres dans les limites de sa compétence ;
- Assurer la production et la standardisation des médicaments traditionnels améliorés, de vaccins et de réactifs biologiques de laboratoire ;

- Assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine ;
- Promouvoir la coopération scientifique nationale et internationale dans le cadre d'accord d'assistance mutuelle ;
- Gérer les structures de recherche qui lui sont rattachées.

L'INRSP comprend quatre départements dont 3 départements techniques et une Agence comptable.

Il existe un service d'anatomo-pathologie tenu actuellement par trois (3) anatomo-pathologistes pour tout le Mali. C'est à ce service que sont adressées les biopsies au cours du dépistage.

2- Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 12 mois, allant de janvier à décembre 2008

3- Type d'étude

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

4- Population d'étude :

Il s'agissait de 510 femmes ayant consulté au CSRef CIV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

4-1 Critères d'inclusion

- Toutes les femmes venues pour le dépistage du cancer du col
- Toutes les femmes ayant accepté de participer à l'étude

4-2 Critères de non inclusion

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

5- Matériel de travail

- une table d'examen avec support pour les jambes
- une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigé vers le col
- un spéculum stérile: spéculum de colin
- une paire de gants
- un colposcope
- des écouvillons de coton
- une pince pour prendre le coton
- une pince à biopsie du col
- une pince à cœur (polype)
- un haricot
- des cupules
- une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% en ajoutant 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée.

Conservation: pour une solution préparée le matin jeter le reste non utilisé.

- une solution de lugol préparée en dissolvant 10 g d'iodure de potassium à 5 g d'iode le tout dans 100 ml d'eau distillée.

Ajouter 5g d'iode, bien agiter jusqu'à ce que les paillettes d'iode se soient complètement dissoutes.

La solution doit être stockée dans un récipient sombre hermétiquement fermé afin d'éviter l'évaporation de l'iode et la perte de son pouvoir colorant.

- des flacons pour les biopsies du col
- du formol à 10%
- un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés
- une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés.

6- Déroulement du travail

6 .1- Sensibilisation et Consentement des femmes

Une campagne de sensibilisation à l'intention des femmes concernées a été faite à la télévision nationale invitant ces femmes à venir faire le dépistage au niveau de certaines structures sanitaires précises dans le district de Bamako.

Une information a été passée également lors des consultations médicales et gynécologiques à l'égard de ces femmes sur le dépistage et ses avantages.

Le jour du dépistage le bien fondé et les avantages (annexe 2) du processus sont expliqués à la femme. Le dépistage ne commence qu'après l'obtention du consentement éclairé de la femme (annexe 3). On procède à un interrogatoire pour préciser l'identité de la femme, ses antécédents gynécologiques, sa parité, son état matrimonial. Ensuite, la femme bénéficie d'un examen au spéculum au cours duquel sont pratiqués les tests IVA et IVL permettant le dépistage. Lorsqu'il y a une anomalie à l'IVA et à l'IVL, une biopsie est effectuée selon le résultat de l'examen colposcopique. Les fragments biopsiques sont fixés immédiatement au formol à 10% et acheminés dans le laboratoire pour une confirmation histologique.

En fonction des résultats des tests visuels, de la colposcopie, de l'histologie et de l'étendue de la lésion, un schéma thérapeutique et un suivi périodique sont élaborés.

Tous les résultats de l'interrogatoire et des différents examens seront portés dans un questionnaire (annexe 4) et sur une carte jaune qui sera remise à la femme avec la date du dernier dépistage.

6.2- Les tests visuels IVA-IVL

6.2.1- Technique

- Installation de la femme

En position gynécologique ; la rassurer ; nettoyer la vulve ; rechercher au niveau de la vulve et de la région périnéale des signes de démangeaison, d'excoriation, d'ulcération, d'infection et/ou la présence de verrues. Introduire doucement le spéculum vaginal stérile ; ouvrir doucement les lames du spéculum afin d'observer le col et les parois vaginales ; régler la lampe afin de disposer d'un éclairage approprié sur le vagin et sur le col.

➤ Examen sans préparation

Noter la nature des pertes vaginales observées ; la nature de l'écoulement provenant du col (mucopurulent, blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre) ; noter l'odeur ; nettoyer après soigneusement les pertes et écoulements à l'aide d'un écouvillon. Observer la taille et la forme du col ; identifier l'orifice cervical externe ; noter la coloration de l'exocol, de l'endocol ; identifier les lèvres antérieures et postérieures ; identifier la ligne de JPC ; identifier la zone de remaniement.

Rechercher des signes d'infection ou d'inflammation du col, des polypes, des cicatrices, un ectropion, des kystes de Naboth, des verrues, une leucoplasie.

Faire particulièrement attention à un saignement du col surtout de contact ; des manipulations douloureuses du col ; la présence d'une masse ulcéro-proliférative micro papillaire, ou présentant de nombreuses circonvolutions ; une zone granuleuse, rougeâtre, rugueuse et pouvant saigner au contact (cancer invasif avancé) ; une lésion infiltrante : le col est irrégulier, hypertrophié.

➤ Procédure de l'IVA

Appliquer sur le col doucement et généreusement une solution fraîchement préparée d'acide acétique à 5% ; attendre 1min ; observer l'apparition des lésions blanches ; observer si les lésions sont

uniformément de couleur blanches (variation des couleurs à l'intérieur des lésions, présence de zones d'érosion à l'intérieur de la lésion) ; noter la taille et le nombre ; noter soigneusement le site (zone de remaniement proche de la JPC) ; la vitesse d'apparition ; la durée ; l'intensité (blanc brillant, blanc pâle, blanc mat) ; les limites de la lésion (marges nettes, floues, surélevées ou lisses, régulières ou irrégulières).

➤ Procédure de l'IVL

Après avoir soigneusement noté les résultats de ce premier examen visuel, badigeonner le col délicatement mais généreusement, de soluté de lugol à l'aide d'un écouvillon de coton. Examiner attentivement le col à la recherche de zones iodo-négatives, en particulier dans la ZR, près de la JPC.

Eliminer l'excès d'iode accumulé dans les culs de sac vaginaux avec un coton sec.

6.2.2- Signification

La classification des résultats de l'IVA et de l'IVL repose sur les changements de couleur c'est-à-dire à repérer au niveau de la zone de remaniement du col de zones acidophiles qui blanchissent sous l'effet de l'acide, ou de zones jaune iodo-négatives.

➤ **IVA négatif**

Lorsqu'on constate :

- Une absence de lésions acidophiles,
- La présence de lésions d'un blanc bleuté, ou la présence de lésions faiblement tachetées
- Un polype naissant de l'orifice cervical et se révélant acidophile
- Des kystes de Naboth acidophiles et prenant l'aspect d'acné blanchâtre (boutons),

- Un blanchiment en liseré à la jonction des épithéliums pavimenteux et cylindriques,
- Des lésions acidophiles éloignées de la ZR,
- Un blanchiment en traînées,
- Des zones de ponctuation dans l'endocol, ce qui est dû à l'épithélium cylindrique, dont l'aspect rappelle à celui de grappes de raisin, et qui se colore en blanc à l'application d'acide acétique.

➤ **IVA positif**

Faiblement positif :

- Lorsqu'on observe des lésions définies, d'un blanc brillant ou trouble dont les marges restent vagues.
- Lésions plus proches de la JPC dans la ZR et situées non loin de l'orifice cervical externe.

Fortement positif :

- Lorsqu'on observe des zones acidophiles, aux contours nets, distinct, bien définis, denses (d'un blanc opaque, ou d'un blanc terne, ou d'un blanc d'huître), accompagnées ou non de marges surélevées, plus proche de la ligne de jonction pavimento-cylindrique (JPC) dans la zone de remaniement (ZR) et situées non loin de l'orifice cervical externe.

Cancer invasif : présence d'excroissance ulcero-proliférative saignant au contact.

➤ **IVL négatif**

Les résultats suivants sont négatifs :

- Dans un col normal, seul l'épithélium cylindrique de la région endocervicale centrale ne prend pas la coloration et reste d'un blanc jaunâtre (pale), avec des marges uniformes ; toutes les autres zones exo cervicales sont de couleur brun acajou. Chez la femme nullipare, cela correspond à la zone de l'orifice externe ayant l'aspect d'un trou

d'épingle, alors que chez la femme ayant déjà accouchée, cela correspond à la zone de l'orifice externe qui est élargi transversalement.

- Dans l'ectopie ou ectropion, puisque l'on trouve une zone importante tapissée par un épithélium cylindrique dans l'exocol, cette zone importante autour de l'orifice externe ne prend pas la coloration et reste d'un blanc jaunâtre (pale) , avec des contours uniformes.

- Souvent, les polypes endocervicaux et les kystes de naboth ne prennent pas l'iode.

- Dans l'infection à trichomonas vaginalis (TV), 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. Il n'est pas nécessaire d'effectuer une biopsie si c'est une infection à trichomonas vaginalis (TV).

- Chez certaines femmes, une ou deux taches blanchâtres rappelant la forme et la taille de grains de poivre, en général dus à une infection non spécifique, peuvent s'observer sur l'exocol.

- La métaplasie pavimenteuse fruste apparaît sous la forme de zones vagues, mal définies, pales, et présentant des plis. Il peut s'avérer difficile pour un débutant de faire la distinction entre lésions néoplasiques (CIN) et métaplasie pavimenteuse fruste.

➤ **IVL positif**

Faiblement positif :

- On considère que le résultat est positif si l'on observe, provenant de la zone pâle, endocervicale, centrale une projection latérale ou verticale, ou encore une zone en forme de langue, pale d'un blanc jaunâtre, ne prenant pas la coloration ; ou un dessin géographique de

zones aux angles aigus, d'un blanc jaunâtre et en prenant pas la coloration.

Fortement positif :

- Si plus de 50% de l'exocol ne se colore pas en brun à partir de la zone centrale, pâle et comporte de nombreuses projections irrégulières.
- Les lésions d'un blanc jaunâtre, ne prenant pas la coloration sont plus épaisses et plus brillantes que celles observées dans le cas d'un résultat positif.

Cancer invasif précoce : la presque totalité du col ne prend pas la coloration et reste pâle.

6.2.3- La colposcopie

C'est un examen qui se fait après application de l'acide acétique et du soluté de lugol sur le col.

Le col exposé par le spéculum est examiné grâce à un appareil optique grossissant 10 à 20 fois la muqueuse cervicale.

6.2.4- La biopsie

Elle apporte la preuve de l'existence et de la nature de la lésion.

Elle est effectuée selon le résultat de l'examen de la colposcopie.

Technique de prélèvement : on prélève après avoir placé le spéculum, à l'aide

d'une pince à biopsie un fragment sur le col. Ces fragments sont fixés immédiatement dans le formol à 10% et acheminés dans le laboratoire d'anatomie pathologie pour un examen histologique.

6.2.5- Le traitement

La cryothérapie

Elle est effectuée, après avoir fait une biopsie, au même endroit que pour le test de dépistage, si la lésion touche moins de 75% de la zone de remaniement (ZR). Après avoir mis en place l'équipement pour

effectuer la cryothérapie, on humidifie le col avec une solution salée ou une gelée K-Y, afin de permettre une bonne conduction thermique. Une sonde adaptée, choisie en fonction de la taille de la lésion, est placée sur le col ; la congélation dure 3 minutes, sans interruption, et suivie d'une décongélation.

Après décongélation, la sonde est retirée, et 3 minutes plus tard, le col est à nouveau congelé pendant 3 minutes, puis la sonde retirée après la décongélation.

On prescrit à la patiente un traitement antibiotique de routine (2g de métronidazole ou 1g de doxycycline, en une seule prise). Les patientes sont revues 3 mois plus tard.

Les traitements ci-dessous sont envisagés en fonction des résultats de l'histologie:

La résection à l'anse diathermique (RAD)/Conisation

Les lésions touchant plus de 75% de la ZR sont traitées, soit par une électro-résection à l'anse diathermique, ou par une conisation au bistouri à froid.

La chirurgie

Les patientes atteintes de cancer invasif sont traitées par la chirurgie.

La radiothérapie n'est pas disponible dans notre contexte.

6.2.6- Le suivi des patientes traitées

Une fois traitées, les patientes sont convoquées trois mois plus tard pour un premier contrôle et six mois plus tard pour un deuxième contrôle. Les cas de récurrence sont traités à nouveau en fonction du résultat de la colposcopie pour les cas de cryothérapie. Pour les cas de conisation et de résection, en plus de la colposcopie, le résultat de l'examen de la pièce de résection ou de conisation est pris en compte.

7- Saisie et analyse des données

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels SPSS (version 11.0) et Access spécialement conçu à cet effet par le CIRC.

RESULTATS

III-RESULTATS :

Il s'agit de 510 femmes ayant consulté au CSRef CIV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus sur une période de 12 mois chez qui 10 présentaient des anomalies aux tests IVA et IVL soit 4,2% .Les résultats ont donné les tableaux suivants :

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

Tranche d'âge	Nombre	Fréquence
18-27ans	77	15%
28-37ans	148	29%
38-47ans	173	33,9%
48-57ans	86	16,8%
58-67ans	23	4,5%
68-77ans	3	0,5%
Total	510	99,7%

La tranche d'âge 38-47ans a représenté 33,9% (soit 173/510).

La moyenne d'âge=42,03 ±2,92 ans.

TABLEAU III : Répartition des femmes dépistées selon la date de menstruation

DDR	Nombre	Fréquence
<1mois	357	70%
1-3mois	31	6%
3-12mois	33	6,4%
>12mois	85	16,6%
Total	510	100,0%

Plus de la moitié de nos patientes ont une DDR< à 1 mois soit 70% des cas.

TABLEAU IV : Répartition des femmes selon l'utilisation de méthode de contraception

Contraception	Nombre	Fréquence
Oui	251	49,2%
Non	259	50,7%
Total	510	99,9%

Les femmes ayant utilisé de méthode contraceptive ont représenté 49.2% soit (251/510)

TABEAU V: Répartition des femmes selon la gestité

Gestité	Nombre	Fréquence
primigeste 1	214	41,9%
Paucigeste 2-3	197	38,6%
Multigeste 4-6	80	15,6%
Grandes multigeste 7 et plus	19	3,7%
Total	510	99,8%

Les femmes dépistées avaient une gestité comprise entre 0 et 17.
Les primigeste et les paucigeste ont représenté respectivement 41,9% et 38,6%, contre 3,7% pour les grandes multigeste.

TABLEAU VI : Répartition des femmes selon le régime.

Polygame	Nombre	Fréquence
Oui	216	42,3%
Non	271	53,1%
Ne sait pas	23	4,5%
Total	510	99,9%

Le partenaire polygame a représenté 42,3% (soit 216 femmes) .il a été recensé 4,5% qui ne savaient pas si leur partenaire est polygame (23 femmes)

TABLEAU VII: Répartition des femmes selon la visibilité de la zone de jonction

pavimento cylindrique

Visibilité de la JPC	Nombre	Fréquence
Complètement	473	92,7%
Partiellement	22	4,3%
Pas du tout	15	2,9%
Total	510	99,9%

La ligne de JPC n'était pas visible dans 15 /510cas soit 2,9 % et sa position n'était pas bien précisée chez 22/510 patientes soit 4,3 %.

TABLEAU VIII : Répartition des femmes selon le résultat IVA

Acide acétique	Nombre	Fréquence
Non effectué	0	0,0%
Négatif	494	96,8%
Positif	11	2,1%
Suspicion de cancer	5	0,9%
Total	510	99,8%

11 femmes soit 2,1% ont présenté une acidophilie,

5 femmes soit 0,9% ont présenté une suspicion de cancer.

TABLEAU IX : Répartition des femmes selon le résultat IVL

Lugol	Nombre	Fréquence
Négatif	495	97%
Positif	10	1,9%
Suspicion de cancer	5	0,9%
Total	510	99,8%

10 patientes (1,9%) ont présenté des zones iodo-négatives et 5 patientes (0,9%) ont présenté une suspicion de cancer

TABLEAU X : Répartition des tests selon le résultat colposcopique

Colposcopie	Nombre	Fréquence
Normal	499	97,8%
Inflammation	2	0,3%
Ectopie avec vaisseaux normaux	3	0,5%
Ectopie avec vaisseaux anormaux	2	0,3%
Leucoplasie	1	0,1%
Carcinome invasif	3	0,5%
Total	510	99,5%

11 patientes soit 2,1% ont présenté des anomalies après les tests IVA, IVL.

Soit 0,3% d'inflammation soit 0,5% d'ectopie avec vaisseaux normaux ,soit 0,3% d'ectopie avec vaisseaux anormaux, soit 0,1% de leucoplasie et soit 0,5% de cancer invasif

TABLEAU XI : Répartition des tests selon le résultat Histologique

Histologie	Nombre	Fréquence
CIN1	5	45,4%
CIN2	2	18,1%
CIN3	1	9%
Cancer invasif	3	27,2%
Total	11	99,7%

11 fragments de biopsie ont été réalisés, le cancer invasif a représenté 27,2%.

TABLEAU XII: Répartition des femmes qui ont une dysplasie ou un cancer

Résultats	Nombre	Fréquence
Dysplasies	8	72,7%
Cancers	3	27,2%
Total	11	99,9%

La dysplasie a représenté 72,7%(soit 8 cas) et le cancer a représenté 27,2% (soit 3cas)

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

Tranche d'âge	19-27ans	28-37ans	38-47ans	48-57ans	58-67ans	68-77ans
Sans lésions	78	145	170	82	21	3
Dysplasies	-	3	1	3	1	-
Cancers	-	-	-	1	1	1

La tranche d'âge touchée est celle de 48-57ans avec 3 dysplasies

TABLEAU XIV :Répartitions des lésions selon la tranche d'age.

Tranche d'âge	19-27ans	28-37ans	38-47ans	48-57ans	58-67ans	68-77ans
Lésions						
CIN1	-	2		3	-	-
CIN2	-	-	1	-	-	-
CIN3	-	1	-	-	1	-
Cancer invasif	-	-	-	1	1	1

La tranche d'age la plus touchée est celle de 48-57ans avec 3 CIN1et 1 cancer invasif

TABLEAU XV : Répartition des lésions selon la gestité

gestité Lésions	Primigeste 1	Pauci geste 2-3	Multi geste 4-6	Grandes Multi geste 7 et plus
CINI	-	1	2	1
CIN2	-	1	-	1
CIN3	-	-	1	1
Cancer invasif	-	-	2	1

La gestité la plus touchée est celle des multi gestes avec 2CINI , 1 CIN3
et 2 cancers invasifs

TABLEAU XVI : Répartition des femmes selon l'action effectuée

Action effectuée	Nombre	Fréquence
Rassurées et conseil d'un nouveau test 1an après	496	97,2%
Rassurées et conseil d'un nouveau test 6mois après	3	0,5%
Cryothérapie	8	1,5%
RAD au csref	0	0
Orientées vers HGT pour cancer invasif	3	0,5%
Hyst faite au csref CIV	0	0 %
Total	510	99,7%

8 patientes ont subi une cure de cryothérapie, 3 patientes orientées à l'HGT ont effectué leur prise en charge à ce niveau.

TABLEAU XVII : Suivi des patientes traitées par cryothérapie

Suivi	Nombre	Fréquence
1mois	7	87,5%
2mois	5	62,5%
3mois	3	37,5%
Perdue de vue	6	75%

Plus la moitié des patientes soit 87,5% après la première cure ont été perdues de vue

COMMENTAIRES & DISCUSSION

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- L'approche méthodologique

Nous avons fait une étude transversale qui s'étendait de janvier 2008 à décembre 2008.

Cette étude a permis de dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses au CSRef CIV.Au cours de cette étude, les travaux ont permis de recueillir des renseignements utiles non seulement pour

améliorer la qualité de nos travaux mais aussi pour la sensibilisation de nos patientes et de la population locale.

.Ces travaux sont basés essentiellement sur les tests visuels simples qui ne demandent que peu de moyen.Ces tests sont favorables pour certains pays en développement. qui manquent souvent de moyen pour faire les frottis cervico vaginaux(FCV).

L'âge de nos patients allait entre 18 et 77 ans.C'est à partir de cet intervalle que fut estimée la fréquence des lésions précancéreuses au CSRef CIV.Les infections sexuellements étant considérées comme facteur favorisant,cependant toute femme ayant eu un contact sexuel dans sa vie est consernée par le test de dépistage du cancer de col.

Dans notre étude 75% de femmes perdues de vue ,cela suppose que ces femmes méconnaissaient du danger qui s'ensuit,donec elles n'ont pas bénéficié de tous les soins qui s'imposent.

2- Les caractéristiques de la population étudiée

2.1- L'âge

L'âge moyen était de 42,5 ans avec un intervalle comprise entre 18 à 77 ans, nos résultats diffèrent de celui de Megavand et al en 1996 en Afrique du sud qui étaient de 20 à 83ans [27].

Nos résultats diffèrent également de celui de Diallo D en 2006 au Mali qui était de 25 à 49ans. [18]

On a constaté que les tests visuels sont moins efficaces chez la femme après la ménopause, cependant la JPC devient de moins en moins visible, prenant mal les produits de depistage.C'est à partir de cette période que les cellules exo cervicales sont pauvres en glucogène, rendant l'observation des lésions difficiles. La plupart des femmes n'étaient pas orientées par un personnel médical pour la visite de dépistage

2.2- **Le niveau socio économique et mode de contraception**

Beaucoup de nos femmes étaient de la profession ménagère de ce fait ignore l'information et l'éducation socio sanitaire sur la prévention des MST

Nombre de nos patientes avaient une date de menstruation inférieure à un mois, soit 70% .Ce qui se rapproche de celui de Diallo D qui a trouvé 71,8%[18].

La notion de contraception dans 49,2% n'intervient pas directement dans la genèse du cancer du col de l'utérus.

Mais elle favorise les rapports sexuels fréquents, surtout s'ils ne sont pas protégés, ils exposent au micro traumatismes, favorisant la transmission pour les virus (hpv16 et hpv18).

Certains études ont montré que le fil du stérilet pourrait induire une dysplasie légère qui peut disparaître après ablation du dispositif, mais peut être utilisé après traitement d'une dysplasie [25]. Ce qui est nettement supérieur à celui de Diallo D qui a montré 36,6% [18].

Nos travaux ont montré que les primigestes et les paucigestes constituent 80,5% des femmes dépistées. De nos jours on ne dispose pas d'information nécessaire associant cancer du col et gestité, néanmoins on a tenté de faire l'association cancer du col utérin et gestité. Cependant, la multiparité et la maternité précoce restent un facteur de risque classique du cancer du col. Dans ce cas nos résultats sont inférieurs de celui de Diallo D qui a trouvé 41% [18].

Les partenaires sexuels multiples étant considérés comme un facteur déterminant dans le cancer du col associé au risque d'IST (infection sexuellement transmissible).

Le partenaire polygame représentait 42,3%. Cependant la polygamie n'est pas directement en cause comme un facteur de risque du cancer

du col ; mais avec les rapports sexuels non protégés, augmentent le risque d'IST.

Ce taux de 42,3% est nettement inférieur à celui de Diallo D qui a démontré 47% de polygamie [18].

Actuellement le tabac étant considéré par certains auteurs comme co-facteur du cancer du col n'est pas pris en compte dans notre étude, car beaucoup de femmes dans notre pays n'en consomment pas du tout.

3- Fréquence des anomalies

L'inspection visuel à l'acide acétique (IVA) a permis de détecter 2,1% de zone d'acidophile et 0,9 % de suspicion de cancer, donc différent de celui Megavand et al qui trouvent 3,1% d'anomalies [27] et largement inférieur à celui de Nene MB et al qui trouvent 57,3% d'anomalie [33].

L'inspection visuel au lugol (IVL) a décelé 1,9% de zone iodo négative et 0,9% de suspicions de cancer. Ceux ci étant différent de ceux Diallo D qui trouvent 6,8% de positivité et 1,6% de suspicion de cancer, et notamment celle de Sankaranarayanan qui a trouvé une positivité de 17,8% [41].

Dans les années 1930, la méthode de Schiller était la plus utilisée, cependant fut abandonnée au profit du frottis cervico-vaginal. De nos jours elle est actuellement en essai [41].

1. **A la colposcopie** : Grâce à la colposcopie nous avons détecté 0,3% d'inflammation, 0,5% d'ectopie avec vaisseaux normaux, 0,3% d'ectopie avec vaisseaux anormaux et 0,1% de leucoplasie, 0,5% de cancer invasif.

Nos travaux différent selon certains auteurs que la fréquence des anomalies colposcopique serait entre 1,8% [41] et 28,8% [13].

2. A l'histologie : nous avons recensé 0,58% de cancer invasif, ce qui est proche aux taux de certains auteurs qui estiment le carcinome invasif entre 0,2% [15, 41] et 2,5% [29].

La variation des pourcentages exprimés, pourrait s'expliquer par l'utilisation de concentrations différentes d'acide acétique allant de 3 à 5%. Souvent il s'agit d'un problème d'interprétation des acteurs, qui pourrait s'expliquer souvent par un changement de coloration ou à la luminosité ; de l'expérience du personnel médical ou de la qualité du matériel utilisé.

La majorité des pays en développement ont une prévalence des lésions cancéreuses invasives relativement uniforme : elle est presque inférieure à 1% (entre 0,2 et 0,7) cependant dans l'étude de Millogo [29] au Burkina Faso elle a atteint 2,5%.

Il pourrait s'agir d'un biais de vérification. Dans la plupart des cas le dépistage se déroule dans un service où exerce un gynéco obstétricien. Souvent, c'est des femmes vues en consultation pour bilan de : métrorragies, leucorrhées, ou autre....

4- Caractéristiques des tests visuels

Les tests dans la plupart des cas donnent des résultats moins performants, on constate la mise en place dans les pays en développement des moyens performants de détection, ces tests jadis, étaient basés sur l'inspection visuel à l'œil nu à la recherche d'anomalie visible .

Actuellement avec les performants on pourrait classer les lésions suspectes sous le terme de « stadification », cette méthode ne permettait pas une identification précise des lésions précurseur ou du cancer [51]. Cependant l'IVA est une méthode de dépistage plus

prometteuse pour l'identification des lésions précancéreuses de haut grade.

De nombreux aspects de l'IVA en font une méthode intéressante pour l'utilisation dans des zones à ressources limitées. Dans la plupart des cas, les coûts associés au lancement et au maintien du dépistage par l'IVA et l'IVL sont inférieurs aux coûts des autres méthodes.

Ces deux méthodes sont simples, facile à comprendre, reposant souvent sur l'infrastructure avec une performance adéquate, qui s'appuie sur un personnel qualifié et disponible. Elles ne nécessitent aucune intervention de laboratoire.

En revanche, ces deux méthodes jouent un rôle très important dans les campagnes de dépistages que les autres méthodes de dépistage existantes. Les résultats de ces méthodes sont immédiats et accessibles, permettant une prise en charge adéquate, y compris la référence pour d'autres tests. Cependant un traitement immédiat des lésions précancéreuses suspectes est donc instaurée pour la même visite

5- Traitement et suivi

Dans notre étude 11 femme présentaient des lésions précancéreuses et cancéreuses du col aux tests IVA IVL, dont 8 cas de dysplasies et 3 cas de cancers.

11 femmes ont effectué le traitement soit 2,5%.

En effet 8 femmes soit 1,5% ont subi une cryothérapie qui est un excellent moyen de traitement des lésions dysplasiques.

Aucun cas d'hystérectomie enregistré

Nos résultats diffèrent de ceux de Diallo D qui a trouvé 1,5% de cryothérapie, 0,1% de RAD et 0,7% de chirurgie [18] cela peut être dû au fait qu'elle a comparé le nombre de femme ayant fait le traitement

par rapport à l'ensemble de la population d'étude et non par rapport aux femmes ayant présentées des anomalies. Cependant une révision de ces chiffres montrent 25,6% de cryothérapie, 2,5% de RAD, 13% de chirurgie ; ce qui dénote d'une nette amélioration dans la prise en charge ces deux dernières années.

Nos résultats ne concordent pas avec ceux de Basu et al. qui ont traité 58,2% (71/122) de patientes présentant des lésions de haut grade par la cryothérapie (48 cas), la RAD (20 cas), la conisation (3 cas) [6]. 38,4% (129/336) de lésions de bas grade ont été traités par la cryothérapie (127 cas), la RAD (2 cas).

Au cours de nos travaux les difficultés ont été l'absence de traitement chez certaines femmes avec les lésions de haut grade et aussi le suivi post thérapeutique. Les patientes revues un mois après le traitement avaient les lésions en voie de cicatrisation, celles revues 2 voire 3 mois après avaient une bonne cicatrisation des lésions.

Seulement 3 patientes sont passées 6 mois après le traitement pour le contrôle ceci pousse à interpeller les femmes à se faire contrôler après leur traitement car une dysplasie bien traitée et bien suivie évite la survenue des cancers.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

V- CONCLUSION

De janvier 2008 à Décembre 2008 nos séries de dépistages effectués, portaient sur 510 femmes au centre de santé de référence CIV; dont 10 présentaient des anomalies après les tests IVA, IVL soit 4,2%. L'âge moyen était de 42,03 ans avec un écart type égal à 2,92 .

La positivité de l'IVA et de l'IVL était respectivement de 2,1% et 1,9%.

Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus étaient respectivement de 77% et 23%. Le type histologique le plus fréquent était le cin1 avec 45,4%. La cryothérapie a été le plus souvent l'alternative thérapeutique à cause de la prédominance des lésions précancéreuses, pas d' hystérectomie réalisée. Après la 1^{ère} cure de cryothérapie 75% de nos patients sont perdues de vue.

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les méthodes d'inspection visuelle sont des tests simples, peu coûteux, faciles et acceptables par la patiente et le résultat est systématique à la fin de l'examen ; permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Cependant la prise en charge les lésions précancéreuses est faciles. Mais pour le cas du cancer invasif, le traitement est lié au stade clinique souvent difficile faute de moyen technique.

VI- RECOMMANDATIONS

1- Aux autorités politico administratives et sanitaires

- ❖ Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays.
- ❖ Former le personnel médical et paramédical notamment le sage femmes en dépistage.
- ❖ L'équipement et la dotation des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie en matériels et en personnels qualifiés.
- ❖ Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des média dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.
- ❖ La mise en place d'un Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCC) comme celui du SIDA.
- ❖ La disponibilité du matériel de dépistage et du traitement surtout de la radiothérapie pour améliorer la survie post-chirurgicale.
- ❖ La subvention de la prise en charge chirurgicale et radiothérapique du cancer du col de l'utérus.
- ❖ L'intégration des données du registre du cancer aux données du système national d'information sanitaire.

Promouvoir le développement multisectoriel en général par l'alphabétisation, la lutte contre la pauvreté et l'éducation sexuelle surtout de la population féminine

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

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

3 - Aux prestataires des services de dépistage

- ❖ Faire une formation continue et permanente à la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus.

- ❖ Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels réguliers.
- ❖ Vérifier que les personnels soignants, y compris les paramédicaux, reçoivent une formation appropriée et soient supervisés de façon régulière afin de maximiser leurs compétences en IVA-IVL et en classification des résultats.
- ❖ Traiter immédiatement après les tests visuels tous les cas positifs.
- ❖ Mettre en place des protocoles de suivi liant le dépistage, le diagnostic (s'il est utilisé), le traitement et la surveillance des femmes traitées,
- ❖ Intégrer le dépistage dans les activités quotidiennes.
- ❖ La tenue correcte des supports.
- ❖ Prendre le contact téléphonique de toutes les patientes dépistées.
- ❖ Faire des communications pour le changement de comportement à l'endroit des femmes sous traitement dans le but de promouvoir un meilleur suivi des CIN et KI, sinon trouver les moyens de motivation ou aller les chercher.

4 – Aux femmes à risque

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

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Adjahoto I.O., Komongui D.G., et Perrin R.X.

Etude de faisabilité du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique puis au lugol, à propos de 565 femmes dépistées à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. Thèse de Médecine 2003.

2- ANAES.

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

3- Anonyme :

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

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

An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy.

Acta obstet gynecol Scand 1997; 76: 468-473.

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

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

6- Basu P.S., Sankaranarayanan R., Mandal R., Roy C., Choudhury D., Bhatta Charya D., Chatterjee K. Dutta R., Barik S., Tsu V., Chakrabarti R. N. and al.

Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical

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

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

8- Cancer Incidence in Five Continents Vol.IX Mali (1998-2002) c15 volume 9(Editorial sheet 1 a) wed mar 28 11:58:40 CEST 2007.

9- Bayo S et al registre du cancer du Mali (cancer registry of Mali)

institut national de recherche en santé publique.

10- Bayo S, parkin, D.M, KoumaréAK, DialloAN, Ba, T, Soumarés & Sangaré S. (1990) cancer in Mali, 1987-1988 int .J.cancer, 45, 679,684 page 76.

11- Chirenje Z.M., Chipato T., Kasule J., Rusakaniko S., Gaffikin, Blumenthal P., Sanghv1.

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

12- CIRC :

Centre International de Recherche sur Cancer, Manuel d'enseignement VIA-VIL ;(1996-1997) ; p.13.

13- Claeys P., De Vuyst H. , Gonzalez C., Garcia A., Bello R. E., and Temmerman M. Performance of the acetic acid test when used in

field conditions as a screening test for cervical cancer. Tropical Medicine and International Health; 2003; 8 (8) : 704-709.

14- Coleman MP., Esteve J., Damiecki P., Arslan A., Renard H.

Trends in cancer incidence and mortality. Lyons : International Agency for Research on Cancer; 1993. (IARC Scientific Publication N° 121).

15- Cronjé H. S., Cooreman B. F., Beyer E., Bam R. H., Middlecotc B. D., Divall P. D. J.

Screening for cervical neoplasia in a developing country utilizing cytology, cervicography and the acetic acid test. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001; 72: 151-157.

16- Cronjé H. S., Trunpelmann, Divall P.D.J,Scott L.L.

Gynecology & Obstetrics; 2000; 69: 249-253.

17- Denny L., Kuhn L., Pollack A. et al.

Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. Cancer 89(4):826-833 (August 2000).

18- Diallo Djenabou.

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

19- Hatch KD., Hacker NF.

Intraepithelial disease of the cervix; vagina; and vulva. IN Berek JS; Adashi EY; Hillard PA. Novok's Gynecology 12th ed; Copyright 1996; Williams & Wilkins. Baltimore-Maryland. Pp447-486.

20- Hatch KD., Handbook of Colposcopy.

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

21- Hill C., Sancho- Garnier:

Epidémiologie des cancers. Médecine Sciences Flammarion. Paris
1997 ; 8 : p 111

22- Kananbaye Dounia.

Cancers gynécologiques et mammaires : Etude épidémiologique à
l'Hôpital National du Point- G de 1991 à 2000. Thèse de Méd ; Bamako
03-M-59 . P9.

**23- Koss L.G., Stewart F.W., Foote F.W., Jordan M.J., Bader
J.M., Day E.**

Some histological aspects of behaviors of epidermoid carcinoma in
situ and related lesions of the uterus cervix . Cancer 1963; 16:1160-
211

24- Kitchener H.C., Symonds P.

Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries.
The Lancet.Vol 353. March 13, 1999..

25- Lansac j. et Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien ; 4eme édition, Paris Mars 1994 : 81-
99.

26- Londhe M., George S.S., Seshadri L.

Detection of CIN by naked eye visualization after application of acetic
acid. Indian journal of Canver 34(2):88-91 (june 1997).

27- Megevand E., Denny L., Dehaeck K., Soeter R., Bloch B.

Acetic acid visualization of the cervix : an alternative to cytologic
screening. Obetet

Gynecol. 1996 Sep ; 88(3) : 383-6[PubMed]

28- Merger R., Jean Levy, Jean Melchior et Nelly Bernard :

Précis d'obstétrique 6eme édition Masson, Paris, 2001 : 402-403.

29- Millongo FT, Akotianga M, Lankoande L.

Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso).

VIIIè congrès de la SAGO et IIè congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.

30- Minvielle D., Brunet M. et Mottot C.

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

31- Mounkoro Niani.

Les cancers génitaux de la femme au Mali (Oct.1984 à Oct. 1985 à
propos de 32 cas). Thèse de Méd. ; Bamako 85-M-12.p86.

32- Narducci F., Ocelli F., Vinatier D., Leroy J.L.

Positive Margins after Conization and Risk of persistent lesion.
Gynecologic Oncology 76, 311-314 (2000)

**33- Nene BM., Deshpande S., Jayant K., Budukh A.M., Dale
P.S., Deshpande D.A.,**

**Chiwate A.S., Malvi S.G., Deokar S., Parkin D.M.,
Sankaranarayanan R.**

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

34- Oster AG.

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

35- Ottaviano M., La Torre P.

Examination of the cervix with the naked eye using acetic acid test.
Am J Obstet Gynecol 1982; 143 : 139-142.

36- Ouattara Moumouni.

Association cancer du col de l'utérus et infection par le virus de
l'immunodéficience humaine dans le service de gynécologie

obstétrique de l' Hopital Gabriel Touré à propos de 53 cas. Thèse de Méd. ; Bamako 05-M-140.

37- Pund E.R., Nieburgs H., Nettles J.B., Caldwell J.D.

Preinvasive carcinoma of the cervix uteri : seven cases in which it was detected by

examination of routine endocervical smears. Arch pathol Lab Med 1947 ; 44 : 571- 7.

38- Sankaranarayanan R. , Nene BM., Din A. shaw K., Rajkumar R., Shastri S., Wesley R., Basu P., Sharma R., Thara S., Budukh A., Parkin D.M.

Early detection of cervical cancer With visual inspection methods: A Summary Of completed and on-going studies in India. Salud publica de mexico ; vol 45, suplemento 3 de 2003.

39- Sankaranarayanan R., Ramani M.D. S., Wesley, MD.

Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France (1996) P.411-421

40- Sankaranarayanan R., Shyamalakumary B., Wesley R. et al.

Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor].

International journal of Cancer 80(1):161-163 (january 1999).

41- Sankaranarayanan R., Wesley R., Thara S., Dhakad N., Chandralekha B., Sebastian P., et al.

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

42- Sankaranarayanan Rengaswamy, Wesley Ramani, Somanathan Thara, Namrata Dhakad, Shyamalakumary B., Sreedevi Amma N. and al.

Visual Inspection of the uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. American Cancer Society 1998; 2150-2156.

43- Slawson D., Bennett J., Herman J.

Are papanicolaou smears enough? Acetic acid washes of the cervix as adjunctive therapy: a HARNET study. Journal of family practice 35(3):271-277 (september 1992).

44- Soost H.H., Bockmuhl B., Zock H. Et Mottot C.

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

45- Téguété I.

Mémoire de fin de stage de Gynécologie et Obstétrique; Prise en charge des néoplasies intra épithéliales du col (CIN). A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Année 2002 P10.

46- Traoré S.

Le Dépistage des Néoplasies Intra- Epithéliales du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol. (à propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako). Thèse de Med. Bamako 05-M-13

47- University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer project.

Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary-care setting. Lancet 1999; 353: 869-73.

48- Van Le L., Broekhuizen, F. F., Janzer-Steele R. et al.

Acetic acid visualisation of the cervix to detect cervical dysplasia. Obstet. Gynaecol. 1993; 81: 293-5.

49- Walton R. J.

Cervical cancer screening programm. Et Mottot C. Le frottis cervico-vaginal de dépistage. - Encycl. Méd. Chir., Paris, Gynécologie, 73B10, 6- 1983, et 5p.

50- Waterhouse J., Muir C., Peacham D. et Powel et Mottot C.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage. -Encycl. Méd. Chir., Paris, Gynécologie, 73 B10, 6- 1983, 3p.

51- Wesley R., Sankaranarayanan R., Mathew B., Chandralekha B., Aysha Beegum A., Amma N.S., Nair M.K.

Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. Br J Cancer. 1997; 75(3): 436-40. ([PubMed](#))

52-ROKIATOU F SACKO

Dépistage des lésions pré canceruses et canceuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle,leur traitement et leur suivi,au centre de santé de

référence de la commune iv(2007)

53- Mariko Kadiatou Keita

Aspect histopathologies des cancers du col de l'utérus au Mali : à propos de 845 cas

(Thèse de Médecin) Bamako Mali(2007)

54-Parkin D.M., Whelan S.L.,Ferlay J., Teppo L. and Thomas D.B. Cancer in 5 continents vol. VIII. IARC Scientific Publications, 2002; 155:87-101.

55-Badaulf J.J, Drefus M, Ritter J, Phillipe E. An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. Acta obstet gynecol scand 1997;76:468-473.

55-Chokunonga E.; Levy L.M., Basset M., et Al. Cancer incidence in five continents in the African population of Harare, Zimbabwe: second results from the cancer registry 1993-1995. Internatinal journal OF Cancer 85(1):54659(JANUARY2000)

ANNEXES

RESUME

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

Nos travaux ont été effectués de façon prospective pendant 1an, après l'inspection visuelle du col suite à la coloration à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL) au centre de santé de référence de la commune IV et à l'institut national de recherche en santé publique réalisés sur 510 femmes.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Positivité de l'IVA, 11 cas soit 2,1 % de positivité de l'IVL, 10 cas soit 1,9%

La tranche d'âge la plus touchée est de 48-57 ans

L'âge moyen était de 42,03 avec des extrêmes allant de 18 à 77 ans

La prise en charge et le suivi ont posé quelques problèmes car un certain nombre de femmes dépistées ne revenaient pas au rendez-vous.

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre 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 état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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 !**