

MINISTERE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

Direction Nationale de l'Enseignement  
Supérieur

ECOLE NATIONALE  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1990

N° ... H.2. ....

# THESE

**Cancer du Col utérin en consultation  
Gynéco - Obstétricale à l'Hôpital Gabriel Touré**

Présentée et soutenue publiquement le ..... devant  
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

P A R

Yacouba Bakary COULIBALY

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**(DIPLOME D'ETAT)**

J U R Y

PRESIDENT : *Professeur Mamadou Lamine TRAORE*

MEMBRES : *Docteur Almahady DICKO*

*Docteur Mountaga DIALLO*

DIRECTEUR de THESE : *Docteur Badara Aliou MACALOU*

1

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI**

-----

**ANNEE UNIVERSITAIRE 1989 - 1990**

\*\*\*\*\*

Professeur Sambou	SOUMARE	DIRECTEUR GENERAL
Professeur Moussa	TRAORE	DIRECTEUR GENERAL ADJOINT
Docteur Hubert	BALIQUE	CONSEILLER TECHNIQUE
Bakary M.	CISSE	SECRETAIRE GENERAL
Hama B.	TRAORE	ECONOME

**D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Mamadou Lamine	TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie
Professeur Aliou	BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar	SALL	Ortho. traumat. Secourisme
Professeur Mamadou	DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Abdel Karim	KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou	SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane	TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Amadou	DOLO	Gynéco-Obstétrique

**2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Bénitiéni	FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Madame SY Aïssata	SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou	OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou Lamine	DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril	SANGARE	Chirurg. Génér. Soins Infirm.
Docteur Salif	DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé	SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye	DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousséini	AG MOHAMED	O. R. L.
Docteur Mme. Fanta Sambou	DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye	DIALLO	Anesthésie Réanimation
Docteur Sidi Yava	TOURE	Anesthésie Réanimation

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES****1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Bréhima	KOUMARE	Microbiologie(Chef de D.E.R)
Professeur Siné	BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryo
Professeur Abdel Karim	KOUMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique

**2. DOCTEURS D'ETAT**

Professeur Yéya Tiémoko	TOURE	Biologie
Professeur Amadou	DIALLO	Biologie-Génétique

**3. DOCTEURS 3<sup>ème</sup> CYCLE**

Professeur Moussa	HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Massa	SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Mme THIAM Aïssata SOW		Biophysique
Professeur Bakary M.	CISSE	Biochimie
Professeur Mamadou	KONE	Anatomie-Physio-Humaines

**4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Ogobara	DOUMBO	Parasitologie
Docteur Aberhamane Sidèye	MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole	TOUNKARA	Immunologie

**5. MAITRES-ASSISTANTS**

Docteur Hama	CISSE	Chimie Générale
Docteur Amadou	TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdrhamane	TOUNKARA	Biochimie

**D. E. R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES****1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Souleymane	SANGARE	Pneumo-Phtisio. Chef de D. E. R
Professeur Abdoulaye	AG RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly	GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi	TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane	MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum	DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba	KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa	TRAORE	Neurologie
Professeur Issa	TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf	KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric	PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani	SIDIBE	Pédiatrie

**2. ASSISTANTS DE CLINIQUES**

Docteur Balla	COULIBALY	Pédiatre
Docteur Boubacar	DIALLO	Cardiologie
Docteur Somita	KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Dapa Ali	DIALLO	Hémato-Médecine Interne

**D. E. R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES****1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Boubacar	CISSE	Toxicologie-Chef de D. E. R
---------------------	-------	-----------------------------

**2. MAITRES ASSISTANTS**

Docteur Boulkassoum	Haidara	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane	MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna	KEITA	Matière médicale
Docteur Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique

### 3. DOCTEUR 3<sup>ème</sup> CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata    GAKOU            Pharmacie Galénique

### D. E. R. DE SANTE PUBLIQUE

#### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya            SIMAGA            Santé Publique Chef de DER  
Docteur Hubert                  BALIQUE            Maître de Conf. Santé Publ.

#### 2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima          KABA              Epidémiologie  
Docteur Sanoussi                KONATE            Santé Publique  
Docteur Moussa A.                MAIGA              Santé Publique  
Docteur Georges                 SOULA              Santé Publique  
Docteur Bocar                    TOURE              Santé Publique  
Docteur Pascal                    FABRE              Santé Publique

### DOCTEUR 3<sup>ème</sup> CYCLE

Professeur Bouba                DIARRA            Microbiologie  
Professeur N'Golo                DIARRA            Botanique  
Professeur Souleymane          TRAORE            Physiologie Générale  
Professeur Salikou                SANAOGA           Physique  
Professeur Daouda                DIALLO            Chimie Minérale  
Professeur Bakary                SACKO             Biochimie  
Professeur Messaoud              LAHBIB            Biologie Végétale  
Professeur Karango                TRAORE            Cryptogamie

**PERSONNELS RESSOURCES**

Docteur Madani	TOURE	H. G. T.
Docteur Tahirou	BA	H. G. T.
Docteur Amadou	MARIKO	H. G. T.
Docteur Minamba	KEITA	H. G. T.
Docteur Antoine	NIANTAO	H. G. T.
Docteur Kassim	SANOGO	H. G. T.
Docteur Yéya I.	MAIGA	I. N. R. S. P.
Docteur Madame	SANGARE	I. N. R. S. P.
Docteur Chompéré	KONE	I. N. R. S. P.
Docteur BA Marie Paul	DIALLO	I. N. R. S. P.
Docteur	RESTINIKOFF	I. O. T. A
Docteur	DICKO	P. M. I. SOKONIKO
Docteur M.	TRAORE	KATI
Docteur Arkia	DIALLO	P. M. I. CENTRALE
Docteur Madame TRAORE J.	THOMAS	I. O. T. A
Docteur Pierre	BOBIN	Dermato-Leprologie
Docteur Alain	DELAYE	Chirurgie Générale

# SOMMAIRE

- I INTRODUCTION ET OBJECTIFS 1-2
- II REVUE DE LA LITTERATURE 3-6
- III RAPPELS ANATOMIQUES DU COL UTERIN 6-9
- IV RAPPELS HISTOLOGIQUES DU COL UTERIN 9-12
- V RAPPELS ANATOMO - PATHOLOGIQUES 12-15
- VI RAPPELS CLINIQUES 16-29
- VII RAPPELS DIAGNOSTICS ET LE BILAN D'EXTENSION 30-31
- VIII RAPPELS THERAPEUTIQUES 32-43
- IX SURVEILLANCE D'UNE FEMME APRES TRAITEMENT DU  
CANCER DU COL 43-44
- X MATERIEL ET METHODE 45-49
- XI LES OBSERVATIONS 50-108
- XII ETUDE DES OBSERVATIONS 109-120
- XIII TRAITEMENTS 120-128
- XIV COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS 129-144
- XV CONCLUSION 145-147
- XVI RECOMMANDATIONS 148-150
- XVII RESUME
- XVIII BIBLIOGRAPHIE
- XIX ANNEXES
- XX SERMENT D'HIPPOCRATE

**DEDICACES**

Louanges à Allah le clément et Maître du monde que nous adorons et dont nous implorons le secours.

Louanges à Allah et à son Prophète MOHAMED (que la bénédiction et le salut soient sur lui) qui ont fait que sois de ce monde et qui m'ont donné assez de courage pour me permettre de mener mes actions de tous les jours. Tout réconfort humain est vain et passager, seul est valable ce que la vérité nous fait éprouver intérieurement.

Allah le tout Puissant quand nous regardons tout ce qui se passe autour de nous dans le monde.

Les enfants en bas âges partir en guerre, les maladies, la famine, les injustices sociales les plus flagrantes mettant en péril la dignité humaine ; vous êtes le seul sauveur.

**ALLAH est grand...**

## II

**Je dédie ce travail :**

A toutes les victimes des maladies incurables et invalidantes.

**- A ma grand'mère Fatoumata TRAORE dite BAH "In memoriam"**

De toi je conserve le souvenir d'une femme courageuse et pleine d'abnégation.

A ce jour mémorable, j'aurais tant aimé que tu sois là, que le tout puissant qui en a décidé autrement t'ouvre son paradis.

**- A mon Père**

**Bakary COULIBALY, Ingénieur Agronome**

Ta bienveillance et ta sagesse de tes conseils ont grandement contribué au choix de cette vocation.

Accepte ce témoignage bien faible de mon amour filial.

Sans toi, rien n'aurait été.

**- A ma Mère**

Ce travail est le fruit de tes longues années de souffrance ; je te l'offre avec toute mon affection.

**- A tous mes Oncles et Tantes**

Pour votre foi en mon destin soyez assurés de toute ma gratitude.

**- A tous mes Frères et Soeurs, Cousins et Cousines**

Que ce travail soit un exemple pour les plus jeunes.

### III

- **A tous mes Amis**

Vos soutiens indéfectibles m'ont été bénéfiques, trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

- **A Monsieur Bernard BADJI**

Délégué médical du laboratoire SCHERING à DAKAR.

En reconnaissance pour l'aide matérielle qu'il m'a apporté.

- **A mes Camarades de Promotion.**

En souvenir de nos longues années d'études.

- A ceux qui luttent contre l'injustice, l'oppression et l'arbitraire.
- A tous les combattants de la liberté.
- A toutes les victimes de la trahison.
- A tous les prolétaires du monde entier.
- A tous les enfants qui sont en difficulté, ces innocents souvent victimes des atrocités d'un monde pervers.
- A tous ceux qui, animés d'un idéal de liberté, de justice et de paix oeuvrent inlassablement pour la fraternité universelle dans un monde meilleur.

IV

**REMERCIEMENTS**

---

- *Au Docteur Salif DIAKITE*
- *Spécialiste en Gynéco-Obstétrique Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.*
- *Au Docteur DIAGNE Binta*  
  
*En reconnaissance pour la sollicitude dont elle m'a entourée et l'aide matérielle qu'elle m'a apportée.*
- *Au Docteur OLGA.*
- *Au Docteur SACKO DIAWARA DIAKA.*
- *Au Docteur FLEAH.*
- *Au Docteur Awa SAMAKE.*
- *Au Docteur Mme TEKETE Mariam DJODO.*
- *Au Docteur TOGORA.*
- *À toutes les sages-femmes de la maternité de l'Hopital Gabriel TOURE.*
- *À tout le personnel du service de gynéco-obstétrique de l'Hopital Gabriel TOURE.*

**À NOTRE MÂTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE**

**Monsieur le Professeur Mamadou Lamine TRAORE**

*Agrégé en chirurgie.*

*Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.*

*E. N. M. P.*

*Les mots sont souvent ternes pour ce que l'on veut dire.*

*Vous nous avez toujours réservé un accueil et une attention particulière.*

*Vous nous avez appris à travailler avec raisonnement et logique.*

*Au cours de nos études médicales nous avons apprécié vos qualités d'enseignant, de maître sûr et d'homme de coeur.*

*Votre amabilité constante nous a fait bénéficier de la richesse de votre expérience.*

*Malgré vos multiples occupations vous avez accepté sans hésitation de présider notre jury de thèse, votre entière disponibilité pour autrui, votre courtoisie et votre sens critique forcent notre admiration.*

*Nous vous sommes très reconnaissant de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse et vous assurons de notre respectueuse et déferente estime.*

**À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE**

**Monsieur le Docteur. Badara. A. DACALOU**

*Spécialiste en Gynéco - Obstétrique.*

*Chef de Cabinet du Ministre de la Santé Publique de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine.*

*Directeur de notre thèse.*

*Cher maître.*

*Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Vous l'avez fait avec un enthousiasme et une disponibilité sans faille. Pendant des heures nous vous avons mobilisé à nos côtés pour guider nos pas.*

*Votre modestie, votre humanité, votre disponibilité courtoise et votre générosité sont exemplaires à côté de votre goût du travail bien fait.*

*Vous êtes pour moi le patron dont on est fier d'être l'élève.*

*Nous vous remercions pour tous les efforts que vous avez investis pour que ce travail arrive à terme et nous vous assurons de notre profonde et constante gratitude.*

À Monsieur le Docteur Almahady DICKO

*Spécialiste en gynéco-Obstétrique.*

*Médecin Chef du Service de Gynécologie et d'Obstétrique  
de l'Hôpital Gabriel TOURE.*

*Simplicité, disponibilité, compréhension, voilà quelques-unes des  
qualités qui vous sont unanimement reconnues.*

*La courtoisie dont vous faites preuve dans vos relations avec vos  
étudiants, n'a d'égale que votre souci constant de les former pour  
être utile aux autres.*

*L'admiration que nous vous portons est la meilleure illustration  
de notre sympathie.*

*Vous nous avez fait l'insigne privilège de siéger à notre jury de  
thèse.*

*Sincère Hommage*

A Monsieur le Docteur DIALLO Hourtaq

*Spécialiste en Gynéco-Obstétrique*

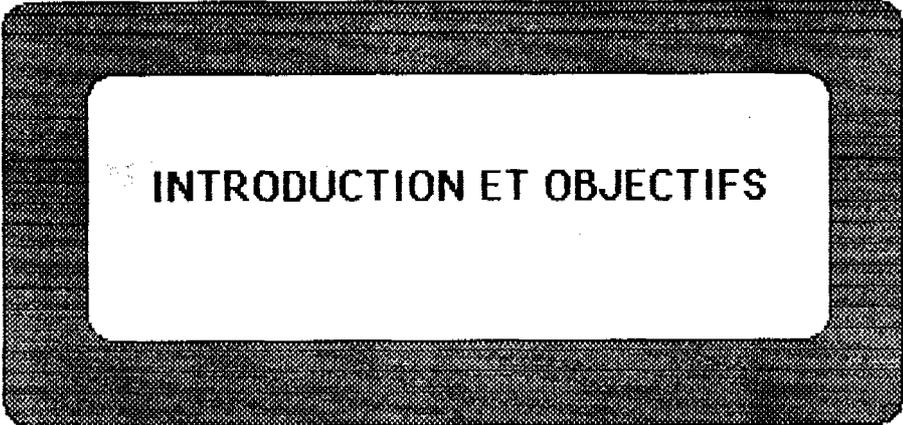
*Médecin Gynécologue à l'Institut National de Prévoyance  
Sociale du MALI (I. N. P. S.).*

*Vous nous faites le grand honneur d'accepter de juger ce travail  
malgré vos multiples occupations.*

*Vous nous avez accueillis tout au long de ce travail avec une  
amabilité et une disponibilité inégalable.*

*Vous nous avez beaucoup marqué par votre sens élevé des relations  
humaines.*

*Nous vous assurons de notre profonde gratitude.*



**INTRODUCTION ET OBJECTIFS**

## INTRODUCTION



Les progrès importants réalisés dans les pays européens en matière de dépistage sont à l'origine du fléchissement de la courbe de mortalité du cancer du col utérin.

On regroupe sous le terme de cancer du col utérin les tumeurs primitives d'origine épithéliale surtout, les tumeurs conjonctives qui sont rares et les tumeurs secondaires qui sont exceptionnelles développées au dépens du col utérin

Egalement la généralisation du frottis annuel de dépistage a permis d'observer une diminution de la fréquence des cancers invasifs, ceci grâce à une prise en charge précoce des lésions précancéreuses.

L'efficacité du dépistage cytologique des cancers du col utérin n'est plus à démontrer à cause des progrès spectaculaires qu'il a permis d'obtenir en Europe et en Amérique importante réduction de la fréquence des carcinomes cervico-utérins et la quasi disparition des formes invasives.

Il n'en est pas de même en Afrique inter-tropicale où le test de Papanicolaou est d'introduction récente en tout cas non encore systématique.

Le Cancer du col utérin, est d'après les études faites par l'OMS (Monaco 1975), la tumeur maligne qui tue le plus de femmes dans le monde.

Ce sont les pays en voie de développement qui paient le lourd tribut à ce cancer qui sévit dans les classes sociales déshéritées et occupe selon les pays la première ou la deuxième place des tumeurs génitales.

Au Mali, le cancer du col utérin domine la pathologie cancéreuse de la population féminine de Bamako

Durant la période 1988-1989 avec 90 cas et une fréquence relative de 24,1%, il occupait la 1<sup>ère</sup> place de l'ensemble des tumeurs malignes diagnostiquée sur la population féminine de Bamako.

C'est une maladie de la pauvreté à cause de l'infection et de la parité élevée d'où sa fréquence dans les pays en voie de développement.

C'est une maladie surtout de la 4<sup>e</sup> décennie, mais peut être rencontrée chez toutes les femmes en période d'activité génitale.

Elle est cependant exceptionnelle chez la vierge comme le prouve l'enquête de GAGNON chez les religieuses canadiennes.

Cette pathologie diagnostiquée tardivement se place au dessus de toutes réssources thérapeutiques adéquates, car la durée d'évolution conditionne en effet le degré d'extension.

Le manque d'information les difficultés de communication et la carence en organisation médicale de dépistage font que le diagnostic est le plus souvent tardif et le traitement quand il est possible purement palliatif.

Notre étude est prospective, elle a été menée du 2 octobre 1989 au 1 octobre 1990 et nous nous fixons pour objectifs de :

1. Déterminer la fréquence du cancer du col chez nos consultantes à l'Hopital Gabriel TOURE.
2. Identifier les différents facteurs favorisants et déterminer le groupe à risque.
3. Décrire les différents examens cliniques et para-cliniques permettant le diagnostic et le bilan d'extension et déterminer le stade évolutif au moment du diagnostic.
4. Préciser la conduite thérapeutique en fonction du stade Evolutif.

5. Décrire la surveillance après traitement chirurgical.
6. Examiner comment contribuer de la façon la plus efficace possible à la sensibilisation des populations sur les méthodes préventives qui doivent tenir compte des différents facteurs intervenant dans la détermination du cancer du col utérin.

Revue de la littérature sur le Cancer du Col de l'utérus

Les dix cancers les plus fréquents au Mali (1986-1987)

**Tableau n°1 : Classification des dix cancers les plus fréquents au Mali : Sexe Féminin (9)**

RANG	LOCALISATION	NOMBRE	POURCENTAGE
1	COL UTERIN	102	20,10%
2	SEIN	54	10,6%
3	FOIE	51	10,6%
4	ESTOMAC	49	9,6%
5	VESSIE	43	8,5%
6	PEAU	25	5,0%
7	OS	14	2,8%
8	CORPS UTERIN	13	2,6%
9	OVAIRE	13	2,6%
10	COLON + RECTUM	12	2,4%

L'enregistrement des cancers au Mali a commencé en 1986. Nous apportons dans ce travail les données recueillies au Mali et plus précisément dans sa capitale Bamako, qui regroupe les principaux hôpitaux et le seul laboratoire d'anatomie pathologie du pays.

Ce tableau illustre bien le fait que dès 1986 année à laquelle le Mali a commencé l'enregistrement des cancers que la pathologie cancéreuse de la population féminine fut largement dominée par le cancer du col utérin.

Tableau n°2 : Incidences Standardisées des principaux Cancers par année et par Sexe. (15)

LOCALISATION	ANNEE	
	1986	1987
FOIE	4,3	10,0
ESTOMAC	9,6	5,0
VESSIE	3,1	2,6
COL UTERIN	14,0	16,2
PEAU	7,9	1,2
SEIN	4,3	9,9
COLON/RECTUM	1,6	0,7
LYMPHORETICULOSARCOME	1,4	1,1
OS	1,3	0
OEIL	1,1	1,0
POUMON	0	1,5
PROSTATE	-	-

Avec des incidences standardisées respectives de 14,0 en 1986 et 16,2 en 1987 le cancer du col utérin a largement dominé la pathologie cancéreuse de la population féminine durant la période 1986 et 1987.

Incidence de deux cancers dans diverses régions d'Afrique.  
(15)

**Tableau n°3 : Taux annuels standardisés pour 100.000 habitants.**

	<b>MALI BAMAKO</b>	<b>MALI BAMAKO</b>	<b>MALI BAMAKO</b>	<b>SENEGAL CAPIVERT</b>	<b>NGERIA IBADAN</b>	<b>ZIMBABWE HARARE</b>	<b>SWASILAND</b>
	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1986-1987</b>	<b>1969-1974</b>	<b>1960-1969</b>	<b>1968-1972</b>	<b>1979-1983</b>
<b>COL UTERIN</b>	14,0	16,2	15,1	17,2	21,6	28,6	28,2
<b>CORPS UTERIN</b>	3,1	2,3	2,7	1,5	1,6	10,2	0,0

A travers ce tableau nous ne ferons pas d'étude comparative car les données n'ont pas été recueillies au cours de la même période dans les pays respectifs. Cependant il a le mérite de nous révéler que l'incidence du Cancer du col utérin est élevée dans la plupart des pays en voie de développement.

En Afrique de l'Ouest il existe peu de registres et les seules données disponibles actuellement sont celles fournies par les registres du Nigéria, du Sénégal, du Libéria, plus récemment de la Gambie. Sur ces 4 registres ceux du Sénégal et du Libéria ne fonctionnent plus depuis plusieurs années. (9).

**Tableau n°4 : Fréquence Standardisée du cancer du col utérin dans différents pays du monde. (15)**

PAYS	ANNEE	NOMBRE DE CAS	% ASR TOTAL
BRASIL, FORTALEZA	1978-1982	1077	21,6
CANADA (NEW FOUNDLAND)	1978-1982	163	6,6
COLOMBIA CALI	1977-1981	874	21,8
COSTA RICA	1980-1982	870	20,4
FRANCE BERE	1979-1982	297	7,6
FRANCE MARTINIQUE	1981-1982	94	19,2
JAPAN HIROSHIMA	1981-1982	333	16,8
INDIA BOMBAY	1980-1982	2207	16,6
ISRAEL ALL JEWS	1977-1981	335	1,9
ISRAEL NON JEWS	1977-1981	24	3,8
ITALIE (RAGUSA PROVINCE)	1981-1982	33	6,3
U.K ENGLAND AND WALES	1979-1982	15825	4,3
U.S.A. NEW-YORK	1979-1982	2773	4,8
U.S.A. WASHINGTON	1978-1982	649	3,0

**Rappel Anatomique du Col utérin (56).**

C'est la portion de l'utérus séparée du corps par l'isthme.  
On lui décrit suivant la ligne d'insertion vaginale deux portions :

- l'une intra-vaginale, ou museau de tanche, qui est visible lors de l'examen au spéculum et porte l'orifice externe.
- l'une supra-vaginale dont l'intérêt est avant tout d'ordre pathogénique lors des prolapsus (allongement intra-vaginal) et chirurgical.

La portion intermédiaire correspond à l'insertion vaginale qui se fait suivant un plan oblique en bas et en avant .

Les deux orifices du col sont dissemblables :

- l'orifice interne est en réalité une région intermédiaire et histologiquement, la limite en est marquée par le passage de l'épithélium cylindrique glandulaire qui tapisse l'endocol à l'endomètre qui recouvre la cavité utérine. Extérieurement, la limite serait marquée par le point de réflexion du péritoine ;

- l'orifice externe est d'aspect variable :

- . Ponctiforme ou circulaire chez la vierge et la nullipare

- . Transversal avec des incisions après un accouchement

- . Il est souvent large, plus ou moins déchiré chez les grandes multipares.

- Le canal cervical est long de 2 à 3 cm, aisément cathétérisable chez la femme normale.

- L'exocol, ou museau de tanche, est constitué de deux lèvres, l'une antérieure et l'autre postérieure allongée transversalement, il est arrondi donnant au col une forme cônica chez la nullipare, aplati transversalement chez la multipare. Ces deux lèvres centrent l'orifice externe. A l'état normal, le col est antéfléchi, faisant un angle de 100 à 120° sur le corps et participe à l'antéversion générale de l'utérus, faisant basculer le corps en avant et le col en arrière de l'axe de l'excavation pelvienne.

En réalité, cette antéversion est loin d'être constante, et le corps utérin est très mobile. A l'opposé le col est relativement fixe. Cette fixité s'explique par :

- L'insertion du vagin lui-même fixé par la sangle des réleveurs.

- La base des paramètres qui l'entoure dans sa portion supra-vaginale. Cette dernière se condense en plusieurs lames :
  - . En arrière, ce sont les ligaments utéro-sacrés, s'unissant en un pli transversal ou tonus utérinus au niveau de l'isthme ;
  - . En avant, il s'agit des ligaments pubo-vesico-uterins aboutissant aux bords latéraux du col ;
  - . Latéralement, c'est la base des ligaments larges avec le croisement de l'artère utérine et de l'uretère. Dans sa portion supra-vaginale, le col répond :
    - . En avant, à la base de la vessie ;
    - . En arrière, au rectum ;
    - . Latéralement, au tissu cellulo-fibreux de la base du ligament large de l'artère utérine et de l'uretère.

Dans sa portion intra-vaginale, le museau de tanche répond au cul-de-sac du vagin plus ample et profond en arrière qu'en avant.

### **Vascularisation du col**

**Artères** : Elles proviennent de l'artère utérine et de l'artère cervico-vaginale pour la partie basse. Elles se divisent en dents de peigne et pénètrent en pluie dans l'épaisseur du col, s'anastomosant entre elles et de chaque côté.

**VEINES** : Les veines se jettent dans le plexus juxta-cervical et se drainent vers la veine iliaque interne.

### **Vaisseaux Lymphatiques**

Les lymphatiques du col se drainent vers les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes, parfois aux ganglions moyens de la chaîne interne.

Enfin, les collecteurs inconstants vont aux ganglions hypogastriques et du promontoire.

En fait, il existe deux voies de drainage :

- l'une latérale, vers la chaîne iliaque externe ;
- l'autre postérieure, vers la chaîne hypogastrique et les ganglions du promontoire.

### **Rappel Histologique du Col Utérin (56)**

La surface externe du museau de tanche, ou exocol, est normalement recouverte par une muqueuse épidermoïde identique à celle qui tapisse la paroi vaginale. L'épithélium malpighien stratifié recouvre un stroma dense et fibreux.

Il est classique de distinguer cinq couches, qui sont, de la profondeur à la superficie.

- C1 Zone Basale Profonde (stratum cylindricum), formée par une seule assise de cellules de petite taille, de forme cylindrique, régulièrement tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale. Leur cytoplasme est peu abondant et basophile ; leur noyau a une chromatine finement grenue et un nucléole bien visible.
- C2 Zone Basale Externe (stratum spinosum profundum) est formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues, mais un peu plus volumineuses. On trouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.

- C3 Couche intermédiaire (stratum spinosum superficiale) elle est formée par 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace inter-cellulaire. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intracellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair, qui contient beaucoup de glycogène.
- C4 Couche Superficielle (dite aussi 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 noyau petit homogène, leur cytoplasme presque entièrement occupé par du glycogène.
- C5 Zone de Desquamation : est constituée par les cellules qui se détachent de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolément et gardent leur noyau. Elles constituent l'essentiel du frottis vaginal.

Classiquement, la jonction des deux épithéliums cylindrique et épidermoïde se fait au niveau de l'orifice cervical externe, et cela de façon assez abrupte, l'épithélium épidermoïde diminuant très vite d'épaisseur, en coin sur les coupes, pour se continuer sans transition avec l'épithélium de l'endocol. Toutefois, il n'est pas rare qu'il y ait, même chez la nullipare, une zone de transition de 2 à 6 mm aboutissant à un épithélium bas constitué par 2 ou 3 couches de cellules jointives encore indifférenciées que surmontent des éléments cylindriques prêts à desquamer.

Toutefois, même chez la nullipare, la jonction peut se faire plus ou moins loin en dehors de l'orifice cervical, constituant une ectopie péri-orificielle, congénitale ou acquise, qui peut s'étendre plus ou moins loin.

Inversement, et surtout après la ménopause, la jonction peut s'élever plus ou moins haut à l'intérieur du col.

## **L'endocol**

L'endocol est recouvert d'une muqueuse cylindrique unistratifiée sur un stroma riche en glandes muco-sécrétantes.

L'épithélium cylindrique mucipare endocervical est formé de hautes cellules à noyau basal et allongé et de quelques cellules ciliées. Cette muqueuse s'enfonce dans l'épithélium du stroma où elle donne naissance à des glandes revêtues de cellules cylindriques à cytoplasme clair et à noyau basal.

La muqueuse endocervicale couvre le canal endocervical depuis l'orifice externe du col jusqu'à la jonction avec la muqueuse isthmique. Elle comprend un épithélium, des cavités glandulaires et un chorion. L'épithélium du canal cervical à la même structure que celui des glandes endocervicales ; il est de type prismatique simple et limite à la fois, la surface de l'endocol et les cavités glandulaires.

On y observe deux types de cellules :  
des cellules sécrétrices et des cellules ciliées.

### **- Les cellules sécrétrices**

Ce sont elles qui élaborent le mucus. Ces cellules constituent un épithélium cylindrique simple.

### **- Les cellules ciliées**

Elles sont disposées en placards plus ou moins volumineux, leur noyau est gros, ovalaire ou arrondi. Les mitochondries nombreuses, et riches en crêtes, occupent avec un appareil de Golgi un peu développé ; à la partie supra-nucléaire.

Les ribosomes et le reticulum endoplasmique peu développés témoignent d'une activité élaboratrice très modérée. La partie apicale est revêtue d'une bordure dense de cils vibratiles avec corpuscules basaux et fibrilles radiculaires.

L'examen pulmonaire à travers la Radiographie pulmonaire, renseigne sur l'état pulmonaire : sur l'absence ou la présence de métastases pulmonaires.

Toutefois une laparotomie d'investigation et de bilan peut être acceptée dans les stades avancés.

**L'Hystérogaphie** : Elle n'est pas tentante dans le col cancéreux infecté et qui saigne. Elle est seule susceptible,

↳ cependant de renseigner sur l'extension endocervicale des cancers du col.

Aucune de nos patientes n'a été sujette à cette investigation para-clinique.

### **Lymphographie**

Elle peut être un critère d'envahissement ganglionnaire. L'injection d'un tampon liposoluble par voie pédieuse imprègne les lymphatiques pelviens.

Le plus grave reproche qu'on puisse lui faire c'est qu'elle n'injecte que les vaisseaux et les ganglions sains. Ainsi l'image pathologique est un défaut d'imprégnation, une non-image et c'est là un écueil important.

Dans quelques cas les ganglions métastatiques présentent à leur périphérie une lacune vaste et irrégulière.

La lymphographie permet d'émettre une suspicion d'envahissement ganglionnaire mais ne peut suffire à conclure qu'une adénectomie est inutile. Il peut rendre de grands services en per-opératoire à la recherche de ganglions oubliés en guidant la main du chirurgien.

## **Rappel Thérapeutique (26)**

### **Première partie : les méthodes.**

- la radiothérapie
- la chimiothérapie
- la chirurgie.

Constituent la trilogie thérapeutique de base du cancer du col utérin.

### **La Radiothérapie**

La radiothérapie exclusive recouvre plusieurs stratégies thérapeutiques pour l'ensemble des cancers invasifs du col utérin traités à visée curative.

C'est pourquoi les modalités de cette radiothérapie seront très différentes en fonction du volume et du degré d'extension de la tumeur maligne.

### **Stratégies thérapeutiques**

En effet, il est plus logique de commencer à traiter l'ensemble des manifestations tumorales cliniques et infracliniques.

La radiothérapie externe permet seule le traitement à dose homogène de l'ensemble du volume cible alors que la curiéthérapie délivre une distribution de dose maximale au contact des sources et diminuant selon l'inverse du carré de la distance à partir des sources radioactives.

### **Techniques de traitement**

#### **Radiothérapie externe**

Qualité des faisceaux : On utilisera de préférence les photons de radiothérapie de haute énergie (10 Mv à 25 Mv) produits par les accélérateurs linéaires.

L'emploi de télécobalt n'est pas conseillé car, il conduit pour une même dose prescrite en profondeur, à délivrer une dose plus élevée aux plans plus superficiels et à élargir le volume traité pour couvrir le même volume cible qu'en photon de 10 MV et au-dessus.

### **Curiethérapie**

Elle est une part essentielle de toute thérapeutique à visée curative des cancers du col utérin.

Les Techniques comportent :

- un ou plusieurs temps de curiethérapie endocavitaire vaginale et utérine
- parfois une contribution de curiethérapie interstitielle seule ou associée à la curiethérapie endocavitaire.

### **Application de la curiethérapie endocavitaire vaginale et utérine :**

- les applicateurs gynécologiques utilisés aujourd'hui sont tous à chargement différé. Il en existe de nombreux modèles qui comportent tous une sonde utérine et un colpostat.
- les radioéléments utilisés : le radium 226 est aujourd'hui abandonné en France et a été remplacé par le césium 137 se présentant sous forme de tubes d'acier inoxydable ou de platine irradié scellant la substance radioactive solidifiée dans une céramique (Pollucite).

L'Iridium 192 se présente sous la forme de fils de platine iridié de 0.3 ou 0.5 mm de diamètre ; et sa période est de 74,5 jours ; son emploi s'avère particulièrement pratique lorsqu'on veut s'affranchir des contraintes de longueur ou de positionnement imposées par les applicateurs à géométrie fixe.

L'iridium 192 est naturellement le radioélément de choix pour les actes de curiethérapie interstitielle.

La curiethérapie à haut débit de dose se fait à partir de sources de cobalt 60 ou d'iridium 192. Elle requiert une installation spéciale avec une salle d'application protégée. Cette technique est employée dans les pays anglo-saxons, aux Etats-Unis et dans les pays en voie de développement.

- Le californium 252 (émetteur de neutrons) est resté d'utilisation expérimentale.

### **Chimiothérapie**

Totalement absente des protocoles thérapeutiques des cancers du col aux stades de début, elle apparaît actuellement intéressante dans certaines indications.

Les principales drogues utilisées sont :

- le cisplatine
- la vinblastine ✓
- la bleomycine ✓
- la mitomycine C ✓

Les buts de la chimiothérapie sont variés :

- Traiter les métastases infracliniques
- Réduire le volume tumoral pour faciliter l'irradiation et ou rendre radicale l'exérèse chirurgicale
- Apprécier la chimiosensibilité de la tumeur et ainsi mieux établir les indications des traitements post-opératoires, en particulier de la chimiothérapie chez les malades à haut risques de récives.

## La chirurgie

La chirurgie du cancer, c'est un principe admis depuis Halsted, doit être une chirurgie radicale : ablation en monobloc, de l'organe sur lequel s'est développé la lésion en même temps que de ses ganglions satellites et des structures anatomiques qui rejoignent le premier aux seconds.

L'opération de WERTHEIM telle qu'elle a été modifiée par MEIGS et ses successeurs correspond parfaitement à ces critères. Il est nécessaire, toutefois, d'aller plus loin dans les définitions et pour deux raisons : on peut traiter certains cancers invasifs par des opérations "moins que radicales" et il y a plusieurs façons de faire l'opération radicale.

Les 5 types d'hystérectomie élargie abdominale se distinguent par le niveau où est pratiqué la section du ligament cardinal, ainsi que la section du ligament recto-utérin et du vagin.

### Principe de l'Intervention

Le Wertheim répond à une triple préoccupation

- Enlever avec le col et une large collerette vaginale d'éventuels reliquats tumoraux pouvant persister après la curiethérapie;
- Enlever la partie sus-urétérale des paramètres
- Enlever les principaux ganglions assurant le drainage du col utérin, c'est à dire les ganglions du groupe iliaque externe avec ses trois chaînes: externe située en dehors de l'artère iliaque externe, moyenne située entre veine et artère et interne ou sous veineuse située entre le nerf obturateur et la veine; cette lymphadénectomie pelvienne bilatérale constitue le seul temps d'exérèse ganglionnaire des interventions chirurgicales classiques

### Wertheim de type I

Le Wertheim de type I dans la classification de Piver correspond à l'opération décrite par Te Linde. C'est une variante d'hystérectomie extrafasciale au cours de laquelle le dôme vaginal est dégagé pour que la section du vagin soit faite au dessous de son insertion sur le col.

Mais les ligaments sont coupés au ras du tube génital et l'urètre n'est pas décroisé.

L'urètre n'est pas décroisé mais il faut le repérer. On a intérêt à faire ce repérage dès le début de l'intervention : le feuillet postérieur du ligament large est saisi par 2 pinces de traction. Et l'urètre rétroligamentaire en est décollé avec son "mésos".

L'Opération est conduite comme l'hystérectomie extra-fasciale standard. L'artère utérine est coupée à hauteur de l'isthme. On clamp ensuite le ligament cardinal au ras du col et en disposant l'extrémité inférieure du clamp au point où s'insère le cul-de-sac latéral du vagin.

Après avoir coupé le ligament cardinal, on coupe les 3 expansions basses.

- Ligament recto-utérin (après ouverture du cul-de-sac de Douglas) ;
- Ligament vésico-utérin (le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin a été ouvert en début d'intervention) ;
- Paracolpas.

Ces 3 expansions sont coupées après avoir été clampées. Le clamping se fait au ras du vagin. On prend garde, en plaçant les clamps, à ne pas léser l'urètre dont le trajet intraligamentaire et préligamentaire peut être deviné grâce au repérage initial.

### **Wertheim de type 2**

Il est aussi appelé le "**Wertheim classique**". C'est à peu de chose près, l'opération que Wertheim a décrite dans sa monographie de 1905 : pour dégager le dôme vaginal on décroise en début d'intervention urètre et l'artère utérine. Pour faire le décroisement on repère d'abord l'urètre selon le même procédé qui a été décrit précédemment. On ouvre ensuite le tunnel en sectionnant les petites fibres qui unissent l'adventice du conduit urinaire au ligament (on a intérêt à faire cette ouverture en bas et en dedans, c'est-à-dire à l'opposé du croisement vasculaire). Puis on tunnellise le trajet ligamentaire en utilisant un dissecteur d'O' Schaugnessy.

L'artère utérine est sectionnée au point où elle croise l'urètre. On peut ensuite refouler vers l'avant et le dehors la portion intraligamentaire et préligamentaire de l'urètre et dégager de ce fait l'extrémité "viscérale" du ligament cardinal avec ses deux expansions : on peut les couper plus loin et dégager plus bas le dôme vaginal. On finit en coupant le paracolpos.

### **Wertheim de type III**

Le Wertheim de type III est celui qu'on appelle communément "Opération de MEIGS". C'est un abus de langage dans la mesure où Meigs a appris cette opération en Europe et plus exactement en Autriche où l'on opérait selon le procédé de Latzko (le mérite de Meigs a été d'associer à l'opération de Latzko la lymphadenectomie obligatoire).

Cette opération se distingue du "Wertheim classique" par le fait que la section du ligament cardinal est réalisée à distance de son insertion viscérale = au point où se produit le retrécissement "en sablier" qui fait suite à la naissance de l'expansion antéro-latérale (ou pilier externe de la vessie). Pour pouvoir le couper à cet endroit il faut le réperer complètement et ouvrir en début d'intervention la fosse paravésicale (qu'on appelle aussi parfois la fosse de Latzko) et la fosse pararectale.

Dans le procédé original de Latzko le décroisement entre l'artère utérine et l'urètre est fait comme dans l'opération de "Wertheim classique". On coupe ensuite le ligament vésico-utérin pour dégager la face antérieure du ligament cardinal. On coupe également le ligament recto-utérin. Puis on coupe le ligament cardinal et, pour finir son expansion inférieure ou paracolpos.

### **Wertheim de type IV**

Le Wertheim de type IV, qu'on peut qualifier de "**Wertheim moderne**" se singularise par le fait que le ligament cardinal est coupé à son insertion pelvienne ou, du moins, le plus près possible de cette insertion.

Pour le sectionner à son insertion réelle il faudrait en effet réséquer l'artère et la veine iliaque interne. Or cela est possible pour l'artère (mais pas facile) mais impossible pour la veine (ou du moins excessivement dangereux). On se contente donc de sectionner branches et affluents des 2 vaisseaux le plus près possible de leur origine ou de leur terminaison.

La section du ligament cardinal se fait, bien entendu après qu'aient été ouvertes les fosses paravésicales et pararectales. On a décroisé au préalable artère utérine et urètre (pour ce qui nous concerne nous faisons la résection du segment intraligamentaire de l'artère utérine selon le procédé de Novak), et on a ouvert le Douglas et sectionné les ligaments recto-utérins en décollant la face latérale du rectum de façon à couper le plus près possible du sacrum.

### **Wertheim de type V**

L'opération de Wertheim de type V dans la classification de Piver correspond à l'hystérectomie élargie avec cystectomie partielle. C'est une opération qu'on peut faire dans certaines formes de cancer du col au stade IV celle où l'envahissement du trigone est limité et ne concerne pas la région du col. C'est généralement au moment où l'on doit couper le pilier interne qu'on constate l'envahissement ponctuel de la vessie. Il faut à ce moment - là, faire une taille et détacher une collerette de tissu vésical qui partira en même temps que les organes génitaux.

L'urètre ensuite est coupé puis reimplanté et la vessie fermée.

### **Opération de Schauta**

Une incision paravaginale gauche (incision de Schuchard) sectionnant entièrement le faisceau élévateur du releveur ainsi que les fibres les plus basses des faisceaux ilio-coccygiens, permet de pénétrer dans la fosse paravésicale gauche.

Le vagin est sectionné à la hauteur choisie, puis les piliers de la vessie, les artères utérines, les ligaments cardinaux (contre la paroi pelvienne) ; le reste de l'intervention ne pose aucun problème, en accordant le plus grand soin, lors de la fermeture, à la reconstitution du releveur.

### **Opération de Schauta-Stoeckel**

La variante allemande de l'opération de Schauta se distingue de la variante autrichienne par le fait qu'on s'abstient de l'incision paravaginale inaugurale et qu'on se contente d'une ouverture très limitée des fosses paravésicales et pararectales, l'exérèse du ligament cardinal, de ce fait, est moins généreuse.

- Il faut bien noter que l'opération de Schauta Stoeckel se fait par voie vaginale.

### **LYMPHADENECTOMIE**

La lymphadénectomie à l'époque de Wertheim, était une lymphadénectomie "selective". On enlevait que les ganglions hypertrophiques. Depuis MEIGS on fait une lymphadénectomie systématique. Mais il ya plusieurs façons de la faire.

La lymphadénectomie classique est la lymphadénectomie ilio-pelvienne. Elle vise à extirper tous les ganglions des chaînes iliaques externes, iliaque interne, iliaque primitive de la classification de Cunéo et Mareille (à signaler, pour aborder la région du promontoire et extirper les ganglions situés au bord inférieur de la veine iliaque primitive gauche et dans la concavité sacrée, l'artifice imaginé par Dargent et Guillemin : section première de la lame nerveuse présacrée). Cette lymphadénectomie << complète >> n'est en réalité jamais complète : elle néglige obligatoirement les ganglions de la chaîne iliaque interne qu'on appelle ganglions fessiers supérieurs et inférieurs et qui sont situés dans la convergence des racines de la veine iliaque interne.

Certains spécialistes tendent aujourd'hui à élargir d'avantage la lymphadénectomie et à ajouter l'exérèse des ganglions ilio-pelviens celle des ganglions lombo-aortiques en remontant jusqu'à la veine rénale gauche. On enlève de la sorte un plus grand nombre de ganglions potentiellement envahis. Mais on néglige toujours les fameux ganglions fessiers supérieurs et inférieurs.

### **Traitement du Cancer de la femme enceinte**

Ce cancer est grave parce que les arguments thérapeutiques ne sont pas d'ordre médical. C'est la question de la vie du fœtus qui est à l'origine des controverses.

Un seul point ne soulève pas d'objection = découvert à une époque où le fœtus est viable, le cancer sera traité comme d'habitude après césarienne, car on sait le "coup de fouet" des suites de couches sur le cancer.

En début de grossesse, l'utérus peut être évacué par curetage, et le cancer est traité ensuite. Si l'avortement médical est admis par le chirurgien.

Plus tard, avant l'époque de viabilité ; le problème éthique est le même, la solution médicale peut différer :

- Evacuation utérine par voie haute, puis radium, puis la chirurgie si le stade s'y prête.

Cependant il convient de signaler que l'irradiation de l'utérus gravide est inadmissible à cause des malformations fœtales qui en découlent.

### **Les Indications de la chirurgie**

Indications électives de la chirurgie radicale.

La question des indications électives de la chirurgie est la plus difficile à discuter. On peut la trancher en disant que toutes les patientes opérables doivent être opérées. C'est une opinion défendable (du moins est-ce notre conviction).

- Le jeune âge constitue bien sûr une condition qui rend la chirurgie première intéressante car la conservation ovarienne s'y trouve particulièrement opportune. La définition exacte de ce jeune âge prête à discussion. Un grand nombre de chirurgiens considèrent qu'à partir de 50 ans la conservation ovarienne n'a plus d'intérêt et beaucoup estiment que cette limite peut être abaissée à 40 ans.
- Les infections utérines et péri-utérines, qui constituent en principe une contre-indication à l'irradiation (ou qui en tout cas risquent fort de se trouver dramatiquement aggravées par elle), devraient appeler systématiquement à la chirurgie première. De même par extension, toutes les situations où existe à l'examen clinique une tumeur utérine ou para-utérine de nature différente (myome, tumeur ovarienne...) ou mal définie.
- La grossesse est une situation où la chirurgie première est fort intéressante. D'abord parce que les patientes sont jeunes. Et en second lieu parce que la chirurgie représente, dans ce cas particulier, la plus satisfaisante des méthodes d'évacuation de l'utérus.

L'hystérectomie radicale " **en bloc**" est au premier trimestre beaucoup moins traumatisante et à tout point de vue, que l'"**avortement**". Au-delà du 3<sup>ème</sup> mois, qu'on sacrifie le fœtus ou qu'on attende sa viabilité, la césarienne est obligatoire et il est bien logique, le ventre étant ouvert, d'enchaîner sur l'hystérectomie radicale plutôt que de fermer et d'irradier après cicatrisation.

- Les conditions anatomiques rendant l'irradiation difficile ou faisant présager d'une efficacité première. Ces conditions sont variées. L'extrême obésité en est une qui gêne l'irradiation externe mais qui rend également la chirurgie difficile, sauf sous la forme de l'opération de Schauta qui trouve ici une bonne indication.

L'atrésie du vagin qui gêne la mise en place des applicateurs peut aussi constituer une incitation à la chirurgie première. (les moulages permettent une meilleure cohésion mais ils n'empêcheront jamais que, dans ce type de circonstance le versant émergé de l'iceberg ne soit que la plus petite partie d'un total qui risque de ne bénéficier qu'imparfaitement du rayonnement).

- Certaines variétés histologiques de la maladie : les tumeurs mucosécrétantes et les tumeurs verruqueuses.
- Certaines variétés anatomo-cliniques de la maladie.  
Petits cancers au stade IB

Gros cancers au stade IB (stade Ic) et cancer au stade IIA  
Cancers au stade IIB.

### **Indications du traitement radiochirurgical**

Selon le centre dans lequel le hasard va mettre la patiente, elle sera traitée par l'une des trois méthodes thérapeutiques (chirurgie exclusive, association radiochirurgicale ou radiothérapie exclusive), le choix étant essentiellement le fait de la pratique de l'équipe médicale qui la prend en charge.

Le traitement radiochirurgical possède à nos yeux un avantage important, pouvant être modulé devant des situations très différentes les unes des autres : en effet, l'ordre dans lequel sont faites les différentes séquences thérapeutiques n'est pas rigide; il est adapté en fonction d'un certain nombre de paramètres, parmi lesquels :

- l'opérabilité (une contre-indication opératoire conduisait en un traitement par radiothérapie exclusive)
- l'âge de la femme, en prenant en compte chez la femme jeune l'intérêt de la conservation ovarienne et de la préservation d'une sexualité normale.

- le stade, et le volume tumoral qui sont des facteurs pronostiques importants ;
- le résultat de la lymphographie
- les conditions anatomiques particulières (prolapsus, col restant, atrésie vaginale).

**En définitif.** Le traitement du cancer du col se fait en fonction du stade évolutif, car la durée d'évolution conditionne en effet le degré d'extension.

Il est illusoire de traiter un cancer déjà évolué, l'accent devrait être mis sur le dépistage systématique. (23)

Pour (HUGUIER et CERBONNET) "l'embarras est égal aussi bien pour celui qui veut s'instruire et pour celui qui veut instruire les autres.

Il devient parfois angoissant pour celui qui a la charge de la pratique du traitement.

SERAFINO. (X) et TOSSOU (H) (62) disaient

"Il est bien évident, en effet qu'en l'absence de l'armature médico-sociale nécessaire au dépistage des cancers dès les premiers stades de leur évolution, nous n'avons pratiquement jamais l'occasion de voir et de traiter de tels cas.

Bien plus importantes, pour nous, sont les questions posées par des cancers déjà évolués.

#### **Surveillance d'une Femme après traitement du cancer du Col**

Elle vise à dépister l'apparition de récurrences et ou des métastases et à corriger ou traiter les complications liées au traitement.

## - Examen Clinique

- . un examen général (poids) et la recherche de troubles sexuels;
- . pulmonaire : auscultation cardio-pulmonaire;
- . digestif : troubles du transit, rectorragies, palpation de l'abdomen, du foie;
- . urinaire : dysurie, hématurie, palpation des fosses lombaires;
- . gynécologique : examen de la vulve, examen au spéculum avec frottis tous les 6 mois la première année, puis tous les ans, touchers pelviens.
- . ganglionnaires (ganglion de Troisier et ganglions inguinaux)

- une Echographie Pelvienne est pratiquée au troisième mois et, si elle est normale; à la fin de la cinquième année.

Si elle est anormale, une urographie intraveineuse précisera au mieux le retentissement sur le haut appareil urinaire.

- une radiographie Pulmonaire sera demandée tous les ans
- l'étude des marqueurs tumoraux sera faite à chaque consultation, les plus intéressants étant L'ACE et l'antigène TA-4 (et sa fraction SCC) (Dodd), alors que le CA125 serait intéressant surtout pour les adénocarcinomes du col.
- les autres examens complémentaires sont demandés en fonction des signes cliniques et de la localisation de l'éventuelle récurrence et ou métastases (scanner, scintigraphie osseuse, cystoscopie si hématurie, rectoscopie et lavement baryté si troubles digestifs etc...)

La malade sera revue à trois, six, neuf, douze, dix huit et vingt-quatre mois, puis tous les ans.



**MATERIEL ET METHODE**

## MATERIEL ET METHODE

### I. MATERIEL

#### 1. Cadre d'étude.

L'Hôpital Gabriel TOURE, a longtemps été appelé dispensaire central.

De part sa situation géographique, il reçoit la plus grande partie des malades venant aussi bien de la ville que des dispensaires et maternités périphériques.

C'est en 1959 que le dispensaire central fut baptisé hôpital Gabriel TOURE ; en hommage au célèbre étudiant Soudanais décédé à Dakar, lors d'une épidémie de Charbon.

#### **"Avec la mort renait la vie"**

Ainsi ce grand complexe sanitaire immortalise le célèbre étudiant en Médecine.

#### 2. Organisation du Service de Gynéco - Obstétrique

Le Service de Gynéco - Obstétrique occupe le premier étage d'un grand bâtiment à deux niveaux appelé "Pavillon I.N.P.S."

Dans le souci constant de dispenser des prestations de qualité aux malades, le service de gynéco-Obstétrique est organisé de la façon suivante.

##### a). Structure.

Le service comprend 82 lits répartis entre les 3 grandes Unités qui la composent.

##### a1 Unité I :

Se compose de la salle d'accouchement et de Réanimation.

- Une grande salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement.
- Une petite salle de Réanimation avec 3 lits.

**a2 Unité II :**

Qui reçoit les suites de couches, et les Césariennes.

Elle abrite 3 grandes salles où les différentes malades se côtoient; une salle de 5 lits; et 3 salles de 2 lits chacune.

- la première grande salle compte 12 lits.
- la deuxième grande salle compte 12 lits.
- la troisième grande salle compte également 12 lits.
- une salle de 5 lits réservée uniquement aux suites de couche.
- trois salles de 2 lits chacune B9, B10, B11.

**a3 L'Unité III :** qui reçoit la pathologie gynécologique.

Elle abrite 3 salles d'hospitalisation.

- Une grande salle dite (salle C) qui compte 12 lits.
- Une salle de 2 lits appelée la chambre jaune.
- La salle A avec 7 lits appelée la salle des Opérées.
- Cette unité abrite également une salle de pansements avec 2 tables.
- Le service de gynéco-Obstétrique compte 3 bureaux de consultation pour médecins : bureau I, bureau II et bureau III.

Il compte également :

- Un bureau pour l'infirmière majeure de la césarienne.
- Un bureau pour l'infirmier major de la gynécologie
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse.

Le service de gynéco-Obstétrique compte 6 salles de gardes

- Une salle de garde pour médecins
- Une salle de garde pour l'infirmier de l'unité de la gynécologie.
- Une salle de garde pour les infirmières de la maternité
- Une salle de garde pour les manoeuvres.
- Une salle de garde pour les sages-femmes.

Cette dernière salle fait face à la salle de vaccination.

Ce service abrite 2 toilettes.

- Une grande toilette réservée uniquement aux malades des différentes unités qui composent ce service.
- Une toilette réservée au personnel infirmier et sages-femmes.

#### **b). PERSONNEL**

Le service de gynéco-Obstétrique compte actuellement 5 médecins, qui se répartissent comme suit :

- Trois médecins spécialistes en gynéco-Obstétrique.
- Deux médecins généralistes faisant fonction en gynéco - Obstétrique.
- Le service compte 29 sages-femmes qui par un système de rotation assurent le service ordinaire et les gardes dans la salle d'accouchement.
- Le personnel infirmier se compose de 3 infirmiers d'état, 1 infirmière du 1er cycle et 22 aides soignantes qui sont répartis entre la maternité, l'unité de la césarienne et l'unité de la gynécologie.

Ce personnel assure le traitement et la surveillance des malades hospitalisées dans les différentes unités.

- Dix manoeuvres assurent par un système de rotation l'entretien du service de gynéco-Obstétrique. Ils servent également d'intermédiaires entre le service et le bloc opératoire en assurant le transport des malades.

### **c). Activités**

- La permanence pour les urgences et la salle d'accouchement est assurée par rotation par les médecins.

- Les consultations se déroulent selon un programme qui se présente comme suit :

**Lundi** : les consultations externes se déroulent simultanément dans les bureaux I et II

**Mardi** : les consultations externes se déroulent dans le bureau III.

**Mercredi** : les consultations externes se déroulent dans le bureau II.

La journée du Jeudi est réservée pour les interventions chirurgicales programmées dans l'unité de la gynécologie.

**Vendredi** : les consultations externes se déroulent dans le bureau III.

**Le Samedi** est réservé comme journée de salubrité dans le service.

- Les Staffs opératoires et cliniques se déroulent tous les Mercredis et les Samedis à partir de 9 heures dans le bureau du médecin - chef de service (bureau I).

Ce staff regroupe tous les médecins et les internes du service.

- La vaccination contre la tuberculose (le B.C.G) se déroule tous les jours dans le service.

## II. METHODE D'ETUDE

### 1. Type d'étude et provenance de notre population d'étude.

Notre étude est prospective, elle s'est étendue sur une année à savoir du 2 Octobre 1989 au 1er Octobre 1990.

Elle intéresse toute femme venant en consultation dans le service de gynéco-Obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

Ces patientes ont consulté pour métrorragies dans la majorité des cas.

### 2. Collecte des données

Pour réaliser ce travail nous avons tenu à être dans les différents bureaux de consultation selon les jours de consultation et effectuer des passages périodiques dans la salle d'accouchement et en consultant quotidiennement et rigoureusement le registre d'accouchement.

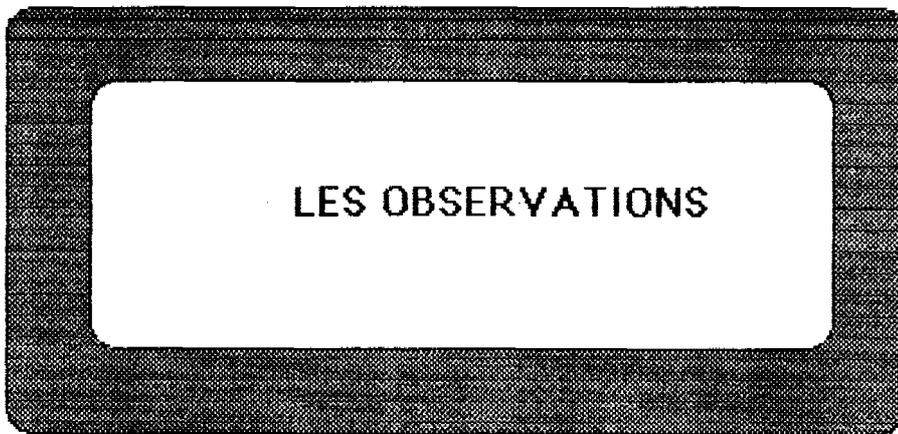
Ainsi donc, nous avons assisté nous-mêmes au diagnostic clinique de tous ces cas de cancer du col utérin.

Cette étude nous a permis de collecter 29 cas de cancer du col utérin, alors que pendant la même période nous avons enregistré 6810 consultations et 5934 accouchements.

### Nos questionnaires

Afin de mieux cerner cette pathologie dans son ensemble, nous avons élaboré un questionnaire comprenant différents paramètres intervenant dans la détermination du cancer du col utérin. (Voir Annexe).

Cependant il convient de noter que sur les 29 cas de cancer du col utérin colligés dans le service de gynéco-Obstétrique; Onze ont été confirmés par l'examen histopathologique. Et dans les 18 autres



**OBSERVATION N°1**

**DATE** 2 Octobre 1989

**IDENTITE DE LA PATIENTE**

**NOM** D...  
**PRENOM** Y...  
**AGE** 80 ans  
**PROFESSION** Ménagère  
**ETHNIE** Bambara  
**MOTIF DE CONSULTATION** Métrorragies

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début de cette pathologie a été marqué par des métrorragies entremêlées d'écoulements vaginaux fétides depuis 3 mois.

Actuellement les métrorragies ont augmenté d'intensité inquiétant la patiente. Elle est cachectique et présente un mauvais état général. Les métrorragies surviennent sans périodicité franche et accompagnées d'algies pelviennes

**ATCD Gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 17 ans
- Age au moment de la puberté : non précisé
- Age au moment du premier rapport sexuel : 17 ans
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : non précisée
- Notion d'infection génitale : vulvo-vaginite et Bilharziose urinaire

**ATCD Obstétricaux**

- Age au moment du premier accouchement : 15 ans
- Nombre total d'accouchements : 10
- Nombre d'avortement : 0

**Notion de contraception hormonale** : RAS

ATCD Medicaux : R.A.S.  
 ATCD Chirurgicaux : R.A.S.  
 ATCD du mari :  
 Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari : non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V : Il est hémorragique. Le col est dur le tv + palper abdominal montrent une immobilité utérine notable. On perçoit une masse bourgeonnante friable

T.R : Il n'y a pas de rectorragie provoquée. Cependant le TR + palper abdominal montrent une induration des paramètres bilatéraux.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

On note la présence d'un cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie : non faite  
Autres examens : non faits

Stade Evolutif au moment du diagnostic

**Stade III**

Etat Général de la patiente au moment du diagnostic.  
Mauvais

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée

Traitements subits.  
Antianémique

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés  
(transfusine ampoule buvable). 2 boites.  
1 ampoule buvable matin, midi et soir  
Fumarate ferreux. (fumafer comprimé) 2 boites.  
1 comprimé matin et soir.

Antihémorragique  
Acide aminocaproïque (Hémocaprol Ampoule buvable.) 2 boites.  
1 ampoule buvable matin, midi, soir, et la nuit.

Antibiotique

Ampicilline 500 (gelule) Totapen 3 boites : 2 gélules matin et soir

Antiseptique Local

Triclocarban (solubacter solution) 1 flacon : 1 toilette intime matin, midi et soir.

Antalgique

Noramidopyrine, pitofénone et fempiverinium  
(Baralgin injectable) 2 boites. 1 inj intra-musculaire matin et soir.

Traitement Chirurgical : Non fait

NB Malade non revue.

OBSERVATION N° 2  
-----

Date 15 Octobre 1989

**IDENTITE DE LA PATIENTE**

NOM S.....  
 PRENOM F.....  
 AGE 40 ans  
 Profession Ménagère  
 Ethnie : Sarakolé  
 Motif de Consultation. Métrorragies

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début a été marqué par des métrorragies post-coïtales accompagnées d'algies pelviennes bilatérales il y a de cela 2 mois Elle a subi un traitement traditionnel avec des infusions n'ayant apporté aucune amélioration notable. Actuellement la patiente présente un mauvais état général.

**ATCD GYNECOLOGIQUES**

- Age au moment du mariage : 14 ans
- Age au moment de la puberté : 14 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel : 14 ans
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée
- Notion d'infection génitale : Vulvo-vaginite.  
Bilharziose urinaire

**ATCD OBSTETRIQUES**

Age au moment du premier accouchement : 15 ans  
 Nombre total d'accouchements : 13 ans

Nombre d'avortement : 0

Notion de contraception hormonale : R. A. S.

ATCD médicaux : R. A. S.

ATCD chirurgicaux : R. A. S.

ATCD du mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari = non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V : le doigtier revient souillé de sang. TV+ palperabdominal montrent que l'utérus est fixé à la paroi pelvienne. On perçoit au T.V une masse bourgeonnante de l'exocol.

T.R. Il perçoit à travers la paroi rectale la saillie du col malade. Au TR+ palper abdominal : il y a une induration des paramètres bilatéraux.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Cet examen note la présence d'une masse bourgeonnante de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie

Compte rendu histopathologique.

Les coupes examinées montrent une prolifération des cellules fusiformes à gros noyaux denses, irréguliers. La prolifération réalise des lobules que sépare un stroma inflammatoire.

Conclusion du compte rendu histologique.  
Carcinome malpighien à cellules fusiformes.

Autres examens : Non faits

**STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Stade III

Etat Général de la patiente u moment du diagnostic : Mauvais

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

Antianémique

Cyanocobalamine (globisine ampoule buvable) 2 boites  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (hemocaprol Ampoule buvable) 2 boites  
1 ampoule buvable matin, midi, soir et la nuit.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 500 (gélule) Totapen : 3 boites : 2 gélules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Triclocarban (septivon solution 1 flacon) : 1 toilette intime matin, midi, et soir.

**ANTIALGIQUE**

Noramidopyrine, pitofénone et fempiverinium (Baralgin)

**TRAITEMENT CHIRURGICAL** : Non fait.

OBSERVATION N°3

Date : le 28/10/1989

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D...

Prénom: M..

Age : 47 ans

Profession: Commerçante

Ethnie: Bambara

Motif de consultation: MétrorragiesHistoire de la Maladie

Le début a été marqué d'emblée par des métrorragies d'abord minimales et discontinues il y a de cela trois mois. Actuellement les métrorragies sont devenues plus fréquentes accompagnées de douleurs lombaires. Cependant l'état général de la patiente se détériore progressivement.

ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 13 ans
- Age au moment de la puberté: 13 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel: 13 ans
- Notion de multiplicité partenaires sexuels: non précisée
- Notion d'infection génitale: R.A.S.

ATCD Obstétricaux:

- Age au moment du premier accouchement: 15 ans
- Nombre total d'accouchements: 13
- Nombre d'avortement: 0
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux: R.A.S.ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: non précisée

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: Le col est dur. le T.V. est hémorragique. Au T.V. + Palper abdominal: on note une immobilité utérine. Au T.V. on perçoit une masse bourgeonnante de l'exocol.

T.R.: Il n'est pas hémorragique. Le T.R. + palper abdominal montrent une induration au niveau des paramètres bilatéraux.

EXAMEN SPECULUM:

Il montre une volumineuse masse bourgeonnante de l'exocol .

EXAMENS PARACLINIQUES:

Biopsie: non faite

Autres Examens: non faits

STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC:

Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic  
Mauvais.

CONDUITE THERAPEUTIQUE:

Malade non hospitalisée

Traitements subits:

Traitement Médical: Antianémique

Extrait de foie titrant en cyanocobalamine anhydre (Glutadouze) ampoule buvable) deux boîtes.

Une ampoule buvable matin, midi et soir.

Anti hémorragique: Acide aminocaproïque (hémocaprol injectable)

Une unjection I.V. par jour.

Antibiotique + Antalgique + Antiseptique local

Amoxicilline 500 (hiconcil) 2 boîtes.

Deux gellule matin et soir.

Noramidopyrine, pitofénone et fempiverinium (baralgin injectble ) 2 boîtes.

Une injection I.M. matin et soir.

Polyvidone iodée (Betadine solution) 1 flacon

1 toilette intime matin, midi et soir.

Traitement Chirurgical : Non fait.

N.B. : Malade non revue.

OBSERVATION N° 4

Date : 1er/11/1989

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: B

Prénom: C

Age: 55 ans

Profession: Ménagère

Ethnie: Bambara

Motif de consultation: Métrorragies

Histoire de la maladie

Le début de la maladie remonte à deux mois. Il a été marqué par des métrorragies minimales toutefois accompagnées de légères douleurs pelviennes. Actuellement les métrorragies constituent le tableau clinique dominant. Elles surviennent même spontanément sans périodicité franche.

ATCD Gynécologiques:

- Age au moment du mariage: 16
- Age au moment de la puberté: 14
- Age au moment du premier rapport sexuel: non précisé
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels: non précisée
- Notion d'infection génitale: Vulvo-vaginite.

ATCD Obstétricaux:

- Age au moment du premier accouchement: 17 ans
- Nombre total d'accouchements : 13
- Nombre d'avortement: 1
- Notion de contraception hormonale: Contraception faite il y a de cela 10 ans.

ATCD Médicaux:

Céphalées à répétition.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.ATCD du mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: non précisée.

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: il est hémorragique on perçoit une masse bourgeonnante de l'exocol cependant le reste du col est dur. Au TV+Palper abdominal on note une immobilité utérine.

T.R.: Il n'est pas hémorragique. Au T.R.+ Palper abdominal on note une induration bilatérale au niveau des paramètres.

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il montre la présence d'un cancer bourgeonnant de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUES:

Biopsie

Compte-rendu histopathologique.

Les coupes examinées montrent une prolifération des cellules épithéliales au noyau gros et dense.

Cette prolifération réalise des travées qui infiltrent tous les prélèvements.

Conclusion du compte-rendu histopathologique:

Carcinome épidermoïde peumature.

Autres examens: non faits.

STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Stade III

Etat Général de la patiente au moment du diagnostic:

Mauvais.

CONDUITE THERAPEUTIQUE:

Malade hospitalisée.

Date d'hospitalisation: 15/11/1989.

Date de sortie: 18/11/1989.

Traitements subits

Traitement médical

Antianémique : Cyanocobalamine (globis ne ampoule buvable) Deux boites.

Une ampoule buvable matin, midi et soir

Antihémorragique : Acide aminocaproïque (hémocaprol ampoule buvable).

Une ampoule buvable matin, midi et soir.

Antibiotique + Antiseptique local + Antalgique

Ampicilline 500 (totapen gelule 3 boites)

2 gelules matin et soir.

Polyvidone iodée (Bétabine solution)

Une toilette intime matin, midi et soir.

Noramidopyrine pitofénome et fempiverinium (baralgin injectable) 2 boites.

Une injection I.M. matin et soir.

Traitement Chirurgical : Non fait.

OBSERVATION N°5

DATE 02/02/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: S                      Prénom: D  
 Age: 47 ans                Profession: Ménagère  
 Ethnie: Bambara

Motif de consultation: MétrorragiesHistoire de la maladie

Le début de la maladie a été marqué par des leucorrhées fétides striées de sang: il y a de cela 8 mois; celles-ci étaient accompagnées d'algies pelviennes bilatérales. Ce début des métrorragies remonte à 3 mois, elles sont provoquées par les rapports sexuels, elles sont abondantes. La patiente est dans un état cachectique prononcé.

## ATCD Gynécologiques

-Age au moment de mariage: 17 ans  
 -Age au moment de la puberté: non précisé  
 -Age au moment du premier rapport sexuel: ne sait pas  
 -Notion d'infection génitale: R.A.S.  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.  
 ATCD Obstétricaux:

-Age au moment du premier accouchement: 18 ans  
 -Nombre total d'accouchements: 3  
 -Nombre d'avortement: 0  
 -Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux : Paludisme.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

## ATCD du Mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Ne sait pas

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: Il est hémorragique. Le TV + palper abdominal montrent un blocage de l'utérus. Le col est mou du fait de la présence d'un volumineux cancer bourgeonnant.

T.R.: Il est hémorragique. Au T.R. + palper abdominal il y a une induration au niveau des paramètres bilatéraux.

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il montre la présence d'un volumineux cancer de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUEBiopsie:Compte rendu histopathologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de cellules épithéliales à noyaux denses allongés et irréguliers. Cette prolifération infiltre assez profondément le chorion et montre en certains endroits une tendance à la kératinisation.

Conclusion du compte rendu histopathologique.  
Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes.

Autres Examens: Non faits.

STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Stade: IV

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic  
Mauvais

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Malade hospitalisée

Date d'hospitalisation: 8 mars 1991

Date de Décès: 15 Mars 1991.

Traitements subits:Traitement médical:

Plasmacair (6 flacons: 1fl./j. pdt. 4 jours)

S.sale 1fl./j.pdt. 4j.

S.salé glucose 1fl./j.pdt. 4jours.

## Antianémiques

Cyanocobalamine (Globuline Ampoule buvable).  
1 ampoule matin, midi et soir.

## Antihémorragiques

Acide aminocaproïque inj. I.V. par jour  
1 inj. I.V. par jour

antibiotiques + Antalgique + Antiseptique:  
Ampicilline (Totapen 500 gelule) 3 boîtes :  
2 gelules matin et soir.

Noramidopyrine (Baralgin inj) 1 boîte : 1 inj I.M. matin et soir

Polyvidone iodée (Betadine solution) 1 flacon :

1 toilette intime matin, midi et soir.



**EXAMEN CLINIQUE**

T.V.: Provoque un saignement. L'utérus est de taille normale, il est cependant immobile. Le col est dur.

T.R.: Il n'est pas hémorragique. TR+palper abdominal montrent une induration paramétriale bilatérale.

**EXAMEN SOUS SPECULUM:**

Il montre la présence d'un cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMEN PARA CLINIQUES:**

Biopsie

Compte rendu histopathologique.

Les coupes examinées montrent une prolifération de cellules épithéliales tumorales présentant de volumineux noyaux denses et irréguliers. La prolifération est lobulée par des travées fibro-inflammatoires.

Conclusion du compte rendu histopathologique.  
Carcinome épidermoïde bien différencié du col.

**AUTRES EXAMENS** : Non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic  
Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic

Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade hospitalisée  
Date d'hospitalisation : 10 Février 1990  
Date de sortie : 15 Février 1990  
Date de décès : 26 Février 1990.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIEMETIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés -  
(Transfusine).  
Ampoule buvable 1 ampoule matin, midi et soir.  
Plus Fumafer (Fumarate ferreux) cp. 2 boites 1 cp. matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (Hémocaprol) 1 inj. I.V. matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 500 (Totapen) 500 gelules 3 boites 2 gelules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Triclocarban (Septivon solution) 1 flacon  
1 toilette intime matin, midi et soir

Traitement Chirurgical : non fait.

OBSERVATION N°7

Date 22/02/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D                      Prénom: B  
 Age: 42 ans                Profession: Ménagère  
 Ethnie:Peulh

MOTIF DE CONSULTATION:  
 Troubles du cycle(Aménorrhée)

HISTOIRE DE LA Maladie:

Le début de cette pathologie a été marqué par des troubles du cycle (Aménorrhée de 2 mois). Cette aménorrhée s'est avérée non gravidique. La découverte de cette pathologie a été faite lors d'un examen systématique.

ATCD Gynécologiques

-Age au moment du mariage: 14 ans  
 -Age au moment de la puberté: Ne sait pas  
 -Age au moment du premier rapport sexuel: Ne sait pas  
 -Notion d'infection génitale: R.A.S.  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.

ATCD Obstétricaux

-Age au moment du premier accouchement: 15 ans  
 -Nombre total d'accouchements: 9  
 -Nombre d'avortement: 0  
 -Notion de contraception hormonale:Contraception hormonale pendant 2 ans (1987 - 1989).

ATCD Médicaux: Hépatite.-

ATCD Chirurgicaux: Appendicectomie sous A.G.

ATCD du mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari:Ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE

T.V: Le col est dur. Le TV + palper abdominal montrent une mobilité utérine. On perçoit un petit bourgeon au niveau de l'exocol. L'utérus est de taille normale.

T.R.:(R.A.S.) Il n'est pas hémorragique. Au TR+ palper abdominal les paramètres sont libres.

EXAMEN SOUS SPECULUM

Il montre la présence d'un petit bourgeon au niveau de l'exocol.

EXAMEN PARA-CLINIQUESBiopsie

Compte rendu histopathologique: Les coupes examinées montrent un épithélium de revêtement d'architecture anarchique. Les cellules présentent de gros noyaux denses et irréguliers. Il existe des zones où la basale semble très respectée, mais on trouve également dans le chorion des amas de cellules tumorales.

Conclusion du compte rendu histopathologique.  
Carcinome malpighien peu mature du col.

- Autres Examens : Non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic

Stade: I

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic  
satisfaisant.

CONDUITE THERAPEUTIQUES

Malade hospitalisée

Date d'hospitalisation: 28 février 1990

Date de sortie: 12 mars 1990

Traitement Chirurgical

Hystérectomie totale avec  
Annexectomie bilatérale plus exérèse du 1/3 supérieur du vagin.

Protocole Opératoire:

- Incision médiane sous ombilicale
- Hystérectomie totale plus exérèse du 1/3 supérieur du vagin.
- Curage ganglionnaire qui n'a été que partiel en raison de l'hémorragie.
- +Peritonisation
- Fermeture de la paroi plan par plan.

Suites Opératoires

- Perfusion de 2 flacons de serum par jour
  - un S. salé enrichi de 2g d'ampicilline
  - un S. glucosé enrichi de 2g d'ampicilline.

Ce traitement dure 3 jours et est relayé par:  
Ampicilline (Totapen gelule) 2 boîtes : 2 gelules matin et soir.  
L'utilisation des sels de quinine (quinimax) est systématique en raison :

1 inj. I.M. de 0,60 par jour pendant 3 jours.

Observation à la sortie: Etat général satisfaisant.



**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Cet examen permet de percevoir un cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMEN PARA CLINIQUES**

Biopsie

Compte rendu Histopathologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de cellules à noyaux allongés denses et irréguliers. La prolifération réalise des amas ou des travées cellulaires séparées par un strome très inflammatoire.

Conclusion du compte rendu histopathologique.  
Carcinome malpighien peu mature.

Autres Examens :

U. I. V. : Normale

Cystoscopie: Pas d'atteinte vésicale cystoscopiquement visible.

**Stade Evolution au moment du Diagnostic**

Stade: III

**Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic**

Mauvais

**CONDUITE THERAPEUTIQUE :**

Malade non hospitalisée (Retournée au village).

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIANEMIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés  
(Transfusine).

Ampoule buvable 2 boites 1 ampoule buvable matin, midi et soir.

Fumarate ferreux comprimé (Fumafer) 2 boites 1cp. matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Ethamsylate (Dicynone Inj.) 2 boites 1 Inj. I  
M. matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline (Totapen 500 gelule) 3 boites, 2 gelules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE**

Cetrimide (Cetavlon solution : 1 toilette intime matin, midi et soir.

**ANTALGIQUE**

Noramidopyrine (Baralgin inj. 2 boites 1 inj. IM matin et soir.

Traitement Chirurgical : Non fait.

OBSERVATION N°9

DATE 09/03/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: C..                      Prénom: K..  
 Age: 60 ans                    Profession: Ménagère  
                                   Ethnie: Bambara

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADIE

Les leucorrhées ont d'abord constitué le tableau clinique mais cela n'a pas inquiété la patiente car elle en a longtemps été sujette. Le début des métrorragies remonte à 4 mois, la patiente a d'abord subi un traitement traditionnel qui n'a apporté aucune amélioration.

Actuellement les métrorragies sont provoquées même par la toilette intime. La patiente est dans un état cachectique.

## ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 15 ans
- Age au moment de la puberté: Ne sait pas
- Age au moment du premier rapport sexuel: 15 ans
- Notion d'infection génitale: Vulvo-vaginite à répétition.
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : non précisée.

## ATCD Obstétricaux

- Age au moment du premier accouchement: 16 ans
- Nombre total d'accouchements: 8
- Nombre d'avortement: Spontané: 1
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux : R.A.S

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

## ATCD du Mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Il est hémorragique. L'utérus est de taille normale, il est cependant immobile au TV+palper abdominal. Le col est dur.

T.R.: Il n'est pas hémorragique. Cependant on perçoit à travers la paroi rectale la saillie du col malade. TR+palper abdominal on note une induration bilatérale au niveau des paramètres.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il montre la présence d'un volumineux cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMEN PARA CLINIQUES**

Biopsie

Compte rendu histologique

Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse bien mature dans un strome inflammatoire.

Conclusion du compte rendu histopathologique

Carcinome épidermoïde spinocellulaire.

**AUTRES EXAMENS** : non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic

Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic

Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée : (refus d'hospitalisation).

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIANEMIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés (Transfusine).

ampoule buvable 2 boites

1 ampoule matin, midi et soir

Fumarate ferreux (fumafer cp.) 2 boites -

1 comprimé matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque

Ampoule buvable 1 ampoule X 4 /jour.

(1 ampoule buvable toutes les 6 heures).

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline (Totapen 500 gelule) 3 boites 2 gelules matin et soir.

Triclocarban (Solubacter 1 flacon) 1 toilette intime matin, midi et soir.

**Traitement Chirurgical** : non fait.

OBSERVATION N° 10

DATE 15/03/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D..                      Prénom:M..  
 Age: 43 ans                    Profession: Ménagère  
                                   Ethnie:Sarakolé

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADIE

Le signe d'alarme a été d'emblée les métrorragies post-coïtales il y a de cela 4 mois. Cela amène la patiente à s'abstenir des rapports sexuels aussi longtemps que possible. Actuellement les métrorragies sont provoquées même par la toux et la toilette intime. La patiente présente une altération de l'état général.

ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 14 ans
- Age au moment de la puberté: 14 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel:14 ans
- Notion d'infection génitale: Vulvo-vaginite.
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée

ATCD Obstétricaux

- Age au moment du premier accouchement: 15 ans
- Nombre total d'accouchements: 2 ans
- Nombre d'avortement: spontané: 2
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: ne sait pas;

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: Au T.V.il y a une métrorragie. Au T.V.+palper abdominal l'utérus est de taille normale, il est cependant immobile. on perçoit une masse bourgeonnante de l'exocol; le reste du col est dur.

T.R: Il n'est pas hémorragique.

Au TR+palper abdominal il y a une induration bilatérale au niveau des paramètres.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Au spéculum on note la présence d'un cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMEN PARA CLINIQUES:**

Biopsie

Compte rendu histopathologique

Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse lobulée par des travées fibro-inflammatoires.

Conclusion du compte rendu histopathologique

Carcinome Epidermoïde du col.

**AUTRES EXAMENS** : non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic  
Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic

Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

Cyanocobalamine (Globisine ampoule buvable)  
1 ampoule matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque ampoule buvable, 1 ampoule matin, midi et soir et la nuit au coucher.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline (Totapen 500 gelule) 4 boites 2 gelules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE**

Triclocarban (Septivon solution) : 1 flacon 1 toilette intime matin, midi et soir.

**Traitement Chirurgical** : non fait.

OBSERVATION N° 11

Date 22/03/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D..                                      Prénom: A..  
 Age: 42 ans                                    Profession: Ménagère  
     Ethnie: Peulh

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADIE

Cette maladie a débuté par les métrorragies dont le caractère essentiel était d'être provoqué par les rapports sexuels. Cependant la patiente se plaint également d'algie pelvienne. Tout cela a débuté il y a de cela 5 mois. Actuellement, les métrorragies surviennent souvent spontanément et la patiente est dans un mauvais état général.

## ATCD Gynécologiques

-Age au moment du mariage: 14 ans  
 -Age au moment de la puberté: ne sait pas  
 -Age au moment du premier rapport sexuel: ne sait pas  
 -Notion d'infection génitale: R.A.S.  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels : non précisée.

## ATCD Obstétricaux

-Age au moment du premier accouchement:  
 -Nombre total d'accouchements: 6  
 -Nombre d'avortement: 0  
 -Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux : R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Au T.V. il y a une métrorragie. Au TV+palper abdominal l'utérus est immobile. Le col est dur. On perçoit une masse bourgeonnante au niveau de l'exocol.

T.R.: Il n'y a pas de rectorragie provoquée. Cependant le TR+palper abdominal montrent une induration paramétriale bilatérale. La saillie du col malade est perçue à travers la paroi rectale.

EXAMEN SOUS SPECULUM

Au spéculum on note la présence d'un volumineux cancer bourgeonnant au niveau de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUES

Biopsie: Non faite

Autres Examens : Non faite

Stade Evolutif au moment du Diagnostic

Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic  
Mauvais

**Conduite thérapeutique**

Malade hospitalisée

Date d'hospitalisation : 24 Avril 1990

Date de décès : 25 Avril 1990

**Traitements subits**

Traitement médical :

Plsmacair : 1 fl. par jour

S/glucosé 1 fl. par jour + Becozyme inj. (2 ampoule

**Antihémorragique**

Acide aminocaproïque (hémocaprol inj. 1 JV /jour

**Antibiotique**

Ampicilline (Totapen 500 g) inj. IM matin et soir

**Antalgique**

Noramidopyrine (baralgin) 2 boites 1 inj. IM matin et soir

**Traitement chirurgical** : non fait

NE : Malade non revue

OBSERVATION N°12

Date 28/03/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D..            Prénom: N...  
 Age: 50 ans        Profession: Ménagère  
 Ethnie: Bambara

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADIE

Cette maladie a débuté par de minimes métrorragies dont le caractère essentiel était d'être spontané il y a de cela 5 mois. Ces métrorragies étaient intermittentes, la patiente ne pouvant observer 10 jours sans voir les métrorragies. Actuellement les métrorragies sont plus fréquentes et l'état général de la patiente est profondément altéré.

ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 15 ans
- Age au moment de la puberté: Ne sait pas
- Age au moment du premier rapport sexuel: 15 ans
- Notion d'infection génitale: Syphilis (BW+)
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.

ATCD Obstétricaux

- Age au moment du premier accouchement: 16 ans
- Nombre total d'accouchements: 8
- Nombre d'avortement: 3 (entre 2 et 3 mois)
- Notion de contraception hormonale:

ATCD Médicaux: R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Le col est dur, cependant on perçoit une masse bourgeonnante au niveau de l'exocol. Au TV+palper abdominal on remarque que l'utérus est fixé à la paroi pelvienne.

T.R.: Pas de rectorragie. L'induration paramétriale est bilatérale au TR+palper abdominal.

EXAMEN SOUS SPECULUM

Il montre un cancer bourgeonnant de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUE

## Biopsie

## Compte rendu histopathologique:

Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse bien différenciée et mature réalisant des amas ou des travées dans un stroma très inflammatoire.

## Conclusion du compte rendu histopathologique:

Carcinome épidermoïde bien différencié et bien mature.

Autres Examens : Non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic

Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic

Mauvais

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIANEMIQUE**

Extrait de foie titrant en cyanocobalamine anhydre (Glutadouze)  
ampoule buvable 2 boites  
1 ampoule matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque ampoule buvable 3 boites  
1 ampoule buvable matin, midi, soir et nuit. (1 ampoule X  
4/jour).

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline (Totapen 500 gelule) 3 boites 2 gelules matin et  
soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Cetrimide (Cetavlon 1 flacon) 1 toilette intime matin, midi et  
soir.

**Traitement Chirurgical** : non fait.

OBSERVATION N°13

Date 06/04/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: T..                      Prénom:A..  
 Age: 75 ans                  Profession: Ménagère  
 Ethnie: Bozo

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADIE

Le début de la maladie a été marqué par des écoulements vaginaux fétides striés de sang, il y a de cela 6 mois.

Le tableau clinique a cédé le pas aux métrorragies spontanées amenant la patiente à consulter.

Actuellement la patiente présente un mauvais état général.

## ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 16 ans
- Age au moment de la puberté: Ne sait pas
- Age au moment du premier rapport sexuel Ne sait pas
- Notion d'infection génitale.Vulvo-vaginite à répétition.
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels: non précisée.

## ATCD Obstétricaux

- Age au moment du premier accouchement: Ne sait pas
- Nombre total d'accouchements: 8
- Nombre d'avortement : 2
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux: R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

## ATCD du Mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari:Ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE

T.V: Il est hémorragique. On note un envahissement de la paroi vaginale droite. Au T.V.+ palper abdominal; l'utérus est immobile. Le col est dur. L'utérus est cependant de taille normale.

T.R.: Pas de rectorragie. L'induration au niveau des paramètres est bilatérale au TR+Palper abdominal.

EXAMEN SOUS SPECULUM

Il montre un cancer bourgeonnant au niveau de l'exocol.

**EXAMEN PARA CLINIQUES**

Biopsie: non faite

Autres Examens : non faits

Stade Evolutif au moment du Diagnostic:

Stade: III

Etat de la patiente au moment du Diagnostic:

Mauvais

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTI-ANEMIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés (Transfusine)

Ampoule buvable 2 boites 1 ampoule buvable matin, midi et soir.

Fumarate ferreux comprimé (Fumarfer) 2 boites  
1 comprimé matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque injectable 2 boites 1 inj. I.V. directe  
matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline (Totapen 500 gelule) 3 boites 2 gelules matin et  
soir.

**ANTISEPTIQUE**

Tricolcarban (Septivon solution 1 flacon) 1 toilette intime  
matin, midi et soir.

**Traitement Chirurgical** : non fait.

**N.B.** Malade non revue

OBSERVATION N° 14  
Date 24/04/1990  
IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D...                      Prénom: K...  
 Age: 75 ans                    Profession: Ménagère  
                                   Ethnie: SAKOLE

MOTIF DE CONSULTATION: Métrorragies

Histoire de la Maladie:

Le début de cette pathologie a été d'emblée marqué par les métrorragies spontanées; il y a de cela 2 mois. La patiente a subi un traitement traditionnel qui n'a apporté aucune amélioration. Actuellement les métrorragies ont augmenté d'intensité, et la patiente se plaint d'algie pelvienne bilatérale.

ATCD Gynécologiques

-Age au moment du mariage: 15 ans  
 -Age au moment de la puberté: Ne sait pas  
 -Age au moment du 1er rapport sexuel: Ne sait pas  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée  
 -Notion d'infection génitale : Vulvo-vaginite à répétition

ATCD Obstétricaux:

-Age au moment du premier accouchement: Ne sait pas  
 -Nombre total d'accouchements: 13  
 -Nombre d'avortement:                    : 1  
 -Notion de Contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux: R.A.S.

ATCD du mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Non précisée.

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Le col est dur; cependant on note la présence d'un bourgeon friable saignant au moindre contact. TV+palper abdominal: L'utérus est immobile.

T.R.: Pas de rectorragie. Au TR+palper abdominal; il y a un envahissement des paramètres bilatéraux.

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il montre la présence d'un cancer bourgeonnant de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUE :

Biopsie: Non faite

**AUTRES EXAMENS : NON FAITS**

Stade Evolutif au moment du Diagnostic  
Stade III

**Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic**

Mauvais

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée

**TRAITEMENT SUBITS****ANTI-ANEMIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés  
(Transfusine Ampoule buvable, 2 boites, 1 ampoule matin, midi et  
soir.

Fumarate Ferreux (Fumafer cp.) 2 boites, 1 cp. matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (hémocaprol ampoule buvable) 2 boites 1  
ampoule matin midi et soir

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline (Totapen 500 gélule) 3 boites 2 gélules matin et  
soir

**ANTALGIQUE**

Noramidopyrine (baralgin inj. 2 boites 1 inj IM matin et soir

**Traitement chirurgical :** Non fait

**N.B.** Malade non revue

OBSERVATION N° 15

Date 30/04/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: K... Prénom: B...  
 Age: 35 ans Profession: Ménagère  
 Ethnie: SOMONO

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADIE

Le début de maladie remonte à 6 mois, il a été marqué par des métrorragies dont le caractère essentiel était d'être provoqué. Actuellement les métrorragies sont devenues plus abondantes et accompagnées de légères douleurs pelviennes intermittentes.

## ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 15 ans
  - Age au moment de la puberté: 14 ans
  - Age au moment du premier rapport sexuel: Ne sait pas
  - Notion d'infection génitale: R.A.S.
  - Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.
- ATCD Obstétricaux
- Age au moment du premier accouchement:
  - Nombre total d'accouchements: 8 (6 vivants)
  - Nombre d'avortement: spontané : 2
  - Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux : R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Au T.V. il y a une métrorragie provoquée. Au TV+palper abdominal la mobilité utérine est conservée. On perçoit une masse bourgeonnante de l'exocol. Le col est dur dans le reste de son ensemble.

T.R.: Pas de rectorragie. TR+Palper abdominal il y a une légère induration de paramètre gauche.

EXAMEN SOUS SPECULUM

Il révèle la présence d'un cancer bourgeonnant au niveau de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUE

Biopsie: Non faite

Autres Examens : Non faits

Stade Evolutif au moment du Diagnostic

Stade: III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic

Mauvais

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Malade non hospitalisée:

Traitements subits

-Traitement médical

Antianémique

Hemostyl sirop: 2 fl. 1 C. à soupe matin, midi et soir.

Antihémorragique

Ethamsylate(Dicynone): 2 boîtes : 1 inj. IM matin et soir.

Antibiotique.

Ampicilline 500 3 boîtes 2 gelules matin et soir.

Antalgique:

Noramidopyrine (Baralgin injectable) : 2 boîtes : 1inj. I.M. matin et soir.

TRAITEMENT CHIRURGICAL: Non fait.

NB : malade non revue.

OBSERVATION N° 16

DATE 20/05/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: T... Prénom: F...  
 Age: 28 ans Profession: Ménagère  
 Ethnie: SARAKOLE

MOTIF DE CONSULTATION: Métrorragies

Histoire de la maladie:

Cette pathologie a débuté par des métrorragies qui ont commené pour la première fois après un rapport sexuel 40 jours après le dernier accouchement qui a eu lieu il y a 10 mois. Provoquées à leur début, les métrorragies ont finit par être spontanées mais intermittentes. Cependant l'état général de la patiente est assez conservé.

ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 13 ans
- Age au moment de la puberté: 13 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel: 13 ans
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.
- Notion d'infection génitale : Vulvo-Vaginite

ATCD Obstétricaux

- Age au moment du premier accouchement: 14 ans
- Nombre total d'accouchements: 8
- Nombre d'avortement: 1 (1 mois)
- Notion de Contraception Hormonale : R.A.S.

ATCD Médicaux: R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Non précisée.

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: Le col est dur sur toute son étendue. L'utérus est de taille normale, il est également mobile au T.V.+palper abdominal.

T.R.: Pas de rectorragie. Au TR+palper abdominal on note une induration au niveau du paramètre gauche.

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il montre la présence d'une métrorragie provenant de l'endocol. L'exocol est d'aspect normal.

EXAMEN PARACLINIQUE :

Biopsie

Compte rendu histopathologique

Les coupes examinées montrent une prolifération de formations glanduliformes pleines ou à centre kystisé; bordées de cellules à noyaux volumineux, irréguliers et denses. Au tour de ces formations on note un stroma très inflammatoire.

Conclusion du Compte rendu histopathologique

Adénocarcinome du Col.

BILAN D'EXTENSION:

U.I.V. Normale

Les 2 reins se mêlent dans les délais normaux. Pas d'anomalie des cavités excrétrices supérieures. Pas de stase urinaire.

Pas de lésion vésicale.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic:

Stade II

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic:

Moyen

CONDUITE THERAPEUTIQUE:

Malade hospitalisée:

Date d'hospitalisation: 30 Mai 1990

Date de sortie: 13 Juin 1990

Traitement Chirurgical:

Hystérectomie totale élargie avec annexectomie bilatérale.

Protocole Opératoire:

-Incision médiane sous ombilicale.

-Hystérectomie plus exérese du 1/3 supérieur du vagin.

-Curage ganglionnaire qui n'a été que partiel en raison de l'hémorragie.

-Péritonisation

-Fermeture de la paroi plan par plan.

Suite Opératoires:

-Perfusion de 2 flacons de serum par jour.

Un S. salé enrichi de 2g d'ampicilline

Un S. Glucosé enrichi de 2g d'ampicilline.

Ce traitement dure 3 jours et le relais est assuré par:

l'ampicilline 500 gelule: A la posologie de 2 gelules matin et soir.

-L'utilisation des sels de quinine (quinimax) est systématique à la posologie d'une injection I.M. de 0,60 par jour pendant 3 jours.

Observation à la sortie:

Etat général satisfaisant./.

OBSERVATION N° 17

Date 23/05/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: T..                    Prénom: N...  
 Age: 36 ans                Profession: Ménagère  
                                   Ethnie: Maure

MOTIF DE CONSULTATION MétrorragiesHISTOIRE DE LA MALADE

Cette pathologie a débuté par des métrorragies provoquées par les traumatismes de la vie génitale (rapports et toilette intime), il y a de cela 2 mois. La patiente se plaint d'algie pelvienne et lombaire intermittente. La patiente est dans un état de cachexie prononcé et d'anémie.

## ATDC Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 17 ans
- Age au moment de la puberté: 14 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel: Ne sait pas
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.
- Notion d'infection génitale : Vulvo-Vaginite; et Syphilis.

## ATCD Obstétricaux

- Age au moment du premier accouchement:
- Nombre total d'accouchements : 4
- Nombre d'avortement: : 1
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

## ATCD Médicaux

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

## ATCD du Mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari: Ne sait pas

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Il est très hémorragique. Le col est moux du fait de la présence d'un volumineux bourgeon friable. Le TV+palper abdominal montrent un blocage utérin. L'utérus est de taille normale.

T.R.: On ne note aucune réstorragie. Il y a une induration bilatérale au niveau des paramètres. On perçoit à travers la paroi rectale la saillie du col malade.

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il révèle la présence d'un volumineux cancer bourgeonnant de l'exoco:

EXAMENS PARA CLINIQUES

Biopsie : Non faite.

Autres Examens : Non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic

Stade III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic:

Mauvais

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Malade hospitalisée

- Date d'hospitalisation: 23 Mars 1990
- Date de sortie: 26 Mars 1990
- Date de décès: 14 Juin 1990

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTI-ANEMIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés (Transfusine).  
Ampoule buvable 3 boites. 1 ampoule buvable matin, midi et soir.

Fumarate ferreux (Fumafer) 2 boites 1 comprimé matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (Hemocaprol inj. 1 boite 1 inj. IV matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Amoxicilline (Hiconcil 500 2 boites. 2 gelules matin et soir.

**ANTALGIQUE**

Noramidopyrine (Baralgin inj. 2 boites. 1 inj. IM matin et soir.

**ANTISEPTIQUE**

Triclocarban (solubacter solution) 1 flacon - 1 toilette intime  
matin, midi et soir.

OBSERVATION N° 18

Date 26/05/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D... Prénom: D...  
 Age: 58 ans Profession: Ménagère  
 Ethnie: Bambara

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHistoire de la Maladie:

Le début de la maladie remonte à 8 mois environ; il a été marqué par de minimes métrorragies. La patiente ne pouvait observer 2 semaines sans voir les métrorragies. Actuellement la patiente est dans un mauvais état général malgré un traitement traditionnel subit qui n'a apporté aucune amélioration.

## ATCD Gynécologiques:

-Age au moment du mariage: 16 ans  
 -Age au moment de la puberté: Ne sait pas  
 -Age au moment du 1er rapport sexuel: ne sait pas  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels: Non précisée.  
 -Notion d'infection génitale: R.A.S.

## ATCD Obstétricaux

-Age au moment du premier accouchement: Nullipare  
 -Nombre total d'accouchements: 0  
 -Nombre d'avortement: 0  
 -Notion de contraception hormonale: R.A.S.

## ATCD Médicaux:

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

## ATCD du Mari:

Mari circoncis  
 Notion d'infection vénérienne chez le mari: Ne sait pas.

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: le col est dur le TV+palper abdominal montrent que l'utérus est de taille normale mais immobile. le doigtier ramène du sang.

T.R.: On perçoit à travers la paroi rectale, la saillie du col malade. Le doigtier ne ramène pas du sang. Il y a une légère induration au niveau du paramètre droit.

EXAMEN SOUS SPECULUM: 86

Il montre la présence d'une petite masse bourgeonnante (friable).

EXAMENS PARACLINIQUES:

Biopsie

Compte rendu Histopathologique:

Les coupes examinées ne présentent aucune structure endométriale, mais de vastes foyers de nécrose dans lesquels çà et là des amas de cellules tumorales épithéliales édifiant plus ou moins une structure épidermoïde.

Conclusion du compte rendu histopathologique  
Carcinome épidermoïde très probable.

Autres Examens : Non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic:

Stade: II

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic:

Mauvais

CONDUITE THERAPEUTIQUE:

Malade hospitalisée

Date d'hospitalisation: 26 Mai 1990

Date de sortie: 1 Juin 1990

Traitements subits:

traitement médical

Antianémiques + Antiseptique local

Cyanocobalamine (Globisine Ampoule) 2 boîtes. 1 ampoule matin, midi et soir.

Antihémorragiques

Ethamsylate (Dicynone) 2 boîtes : 1 inj. I.M. matin et soir.

Antibiotiques

Ampicilline 500g (gelule) : 2 gelules matin et soir.

Polyvidone iodée (Bétadine solution) 1 flacon. 1 toilette intime matin midi et soir.

Traitement Chirurgical: non fait./.

OBSERVATION N°19  
Date 2/06/1990  
IDENTITE DE LA MALADE

Nom: B... Prénom: F...  
 Age: 60 ans Profession: Ménagère  
 Ethnie: PEULH

MOTIF DE CONSULTATION: Métrorragies

Histoire de la maladie:

Le début de cette pathologie a été marqué par de minimes métrorragies spontanées survenant sans périodicité franche, souvent accompagnées de légères douleurs intermittentes il y a de cela 3 mois. Actuellement la patiente se plaint d'une exacerbation de douleurs pelviennes et d'une augmentation de la fréquence des métrorragies.

ATCD Gynécologiques

-Age au moment du mariage: 14 ans  
 -Age au moment de la puberté: Ne sait pas  
 -Age au moment du 1er rapport sexuel: 14 ans  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.  
 -Notion d'infection génitale : Vulvo-Vaginite.

ATCD Obstétricaux:

-Age au moment du 1er accouchement: 15 ans  
 -Nombre d'accouchements: 12  
 -Nombre d'avortement: 0  
 Notion de Contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux: R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari:

Mari circoncis  
 Notion d'infection vénérienne chez le mari: Non précisée.

EXAMEN CLINIQUE

T.V.: Il est très hémorragique. Le col est dur. On perçoit cependant une masse bourgeonnante exocervicale. L'immobilité utérine est notable au TV+palper abdominal.

T.R.: Aucune rectorragie n'est perceptible. Au TR+palper abdominal; l'induration au niveau des paramètres est bilatérale.

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il nous révèle la présence d'un cancer bourgeonnant au niveau de l'exocol.

**EXAMENS PARA CLINIQUES:**

Biopsie: Non faite

**Autres Examens : Non faits.****Stade Evolutif au moment du Diagnostic:**

Stade III

**Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic:**

Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTI-ANEMIQUE**Extrait de foie tritrant en cyanocobalamine anhydre  
(Glutadouze Ampoule buvable) 2 boites 1 ampoule buvable matin,  
midi et soir.**ANTIHEMORRAGIQUE**Acide aminocaproïque (Hemocaprol Ampoule buvable) 1 ampoule  
buvable toutes les 6 heures. (1 ampoule buvable matin, midi,  
soir et nuit).**ANTIBIOTIQUE**

Amoxicilline (Hiconcil 500) 2 boites. 2 gelules matin et soir.

**ANTALGIQUE**Noramidopyrine (Baralgin inj.) 2 boites - 1 inj. IM matin et  
soir**Traitement Chirurgical : Non fait.**

OBSERVATION N°20

Date 22/06/1990

INDENTITE DE LA MALADE

Nom: D.... Prénom: M....  
Age: 55 ans Profession: Ménagère  
Ethnie: Malinké

MOTIF DE CONSULTATION: MétrorragiesHistoire de la maladie:

Le début de cette pathologie a été marqué par des métrorragies il y a de cela 2 mois. Ces métrorragies sont provoquées même par la toilette intime. Actuellement la patiente présente un mauvais état général.

ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 17 ans
- Age au moment de la puberté: Ne sait pas
- Age au moment du premier rapport sexuel: Ne sait pas
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels: Non précisée.
- Notion d'infection génitale: Vulvo-Vaginite.

ATCD Obstétricaux

- Age au moment du 1er accouchement:
- Age total d'accouchements: 8
- Nombre d'avortement: 1
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux : R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari:

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari.

EXAMEN CLINIQUE:

T.V; Le doigtier ramène du sang, le col est dur; on perçoit une ulcération à base indurée au niveau de l'exocol. Au TV+palper abdominal l'utérus est mobile.

T.R.: Pas de rectorragie perceptible. L'induration des paramètres est unilatérale (côté gauche).

EXAMEN SOUS SPECULUM:

Il nous révèle un cancer ulcéré de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUE:

Biopsie: Non faite.

Autres Examens : Non fait.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic:  
Stade II

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic:  
Mauvais.

CONDUITE THERAPEUTIQUE:

Malade non hospitalisée.:

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIEMETIQUE:**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés( Transfusine).

Ampoule buvable : 2 boites. 1 ampoule buvable matin, midi et soir.

Fumarate ferreux (Fumafer) 2 boites - 1 comprimé matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Ethamsylate (Dicynone inj.) 2 boites. 1 inj. I.M. matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Amoxicilline (Hiconcil 500) 2 boites. 2 gelules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE**

Triclocarban (Solubacter 1 flacon) 1 toilette intime matin, midi et soir.

**Traitement Chirurgical :** Non fait.

N.B. Malade non revue

OBSERVATION N°21  
Date 26/06/1990  
INDENTITE DE LA MALADE

Nom: B...                      Prénom: F...  
 Age: 61 ans                    Profession: Ménagère  
                                   Ethnie: Bambara

MOTIF DE CONSULTATION: Métrorragies

Histoire de la maladie:

Cette pathologie a été marquée dès le début par des métrorragies il y a de cela 3 mois environ. ces métrorragies étaient intermittentes, la patiente ne pouvant observer 1 semaine sans voir les métrorragies. Actuellement la patiente est anémiée et se trouve dans un état cachectique.

ATCD Gynécologiques

- Age au moment du mariage: 18 ans
- Age au moment de la puberté: Ne sait pas
- Age au moment du premier rapport sexuel: 18 ans
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels: Non précisée.
- Notion d'infection génitale : R.A.S.

ATCD Obstétricaux

- Age au moment du 1er accouchement: 20 ans
- Nombre total d'accouchements: 8
- Nombre d'avortement: 0
- Notion de contraception hormonale: R.A.S.

ATCD Médicaux : R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

ATCD du Mari

Mari circoncis  
 Notion d'infection vénérienne chez le mari.

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: le col est dur; le TV est hémorragique. TV+palper abdominal, l'utérus est bloqué (immobile). Cependant le TV permet de percevoir une masse bourgeonnante de l'exocol.

T.R.: Aucune rectorragie notable. Cependant au TR+palper abdominal l'induration bilatérale au niveau des paramètres est évidente.

EXAMEN SOUS SPCULUM:

Il montre la présence d'un cancer bourgeonnant au niveau de l'exocol.

EXAMEN PARA CLINIQUE :

Biopsie : Non faite.

Autres Examens : Non faits.

Stade Evolutif au moment du Diagnostic:

Stade: III

Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic:

Mauvais

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Malade non hospitalisée

Traitements subis

-Traitement médical

Antianémique

Hemostyl sirop 2fls. 1c. à soupe matin, midi et soir.

Antihémorragique + Antalgique + Antibiotique + Antiseptique

Acide aminocaproïque (Hémocaprol) inj. 1 inj. I.V. Matin et soir

Noramidopyrine (Baralgin inj.) 1 inj. I.M. matin et soir

Ampicilline 500gelule 2gelules matin et soir.

Triclocarban (solubacter 1 flacon; 1 toilette matin, midi et soir

Traitement Chirurgical: Non fait./.

N.B. : malade non revue.

OBSERVATION N°22

Date 08/07/1990

IDENTITE DE LA MALADE

Nom: D... Prénom: F...  
 Age: 40 ans Profession: Ménagère  
 Ethnie: Bambara

MOTIF DE CONSULTATION : METRORRAGIESHistoire de la maladie:

Le début de cette pathologie a été marqué par des métrorragies post-coïtales et accompagnées de dyspareunie il y a de cela 5 mois. Cependant la patiente ne se plaint pas de douleurs pelviennes. Actuellement les métrorragies continuent; mais elles sont toujours provoquées.

## ATCD Gynécologiques

-Age au moment du mariage : 18 ans  
 -Age au moment de la puberté: Ne sait pas  
 -Age au moment du 1er rapport sexuel: Ne sait pas  
 -Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.  
 -Notion d'infection génitale : Vulvo-Vaginite  
 ATCD Obstétricaux..  
 -Age au moment du 1er accouchement:19  
 -Nombre total d'accouchements: 6  
 -Nombre d'avortement: 0  
 -Notion de contraception hormonale:R.A.S.

ATCD Médicaux: R.A.S.

ATCD Chirurgicaux: R.A.S.

## ATCD du Mari:

Mari circoncis  
 Notion d'infection vénérienne chez le mari?: Non précisée.

EXAMEN CLINIQUE:

T.V.: le col est dur. Au TV+palper abdominal il y a une mobilité utérine. Cependant le doigtier ramène du sang.  
 T.R.:Aucun signe de rectorragie. Au TR+palper abdominal, il y a une légère induration au niveau du paramètre droit.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il révèle la présence d'une ulcération cancéreuse à base indurée au niveau de l'exocol.

**EXAMEN PARA CLINIQUE:**

Biopsie : Non faite.

Autres Examens : Non faits.

**Stade Evolutif au moment du Diagnostic:**

Stade II

**Etat Général de la patiente au moment du Diagnostic**

Moyen

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIANEMIQUE**

Extrait de foie titrant en cyanocobalamine anhydre (Glutadouze)  
Ampoule buvable 2 boites  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Ethamsylate (Dicynone inj.) 2 boites : 1 inj. IM matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 1 000 (standaciline) 3 boites. 1 cp. matin et soir.

**ANTISEPTIQUE**

Triclocarban (Septivon solution) 1 toilette intime matin, midi et soir.

**Traitement Chirurgical** : Non fait .

**N.B.** Malade non revue

## OBSERVATION N° 23

Date 24 Août 1990

**IDENTITE DE LA MALADE**

Nom : D.....  
 Prénom : A.....  
 Age : 40 ans  
 Profession : Ménagère  
 Ethnie : Bambara.  
 Motif de consultation : Métrorragies

**Histoire de la maladie**

Les métrorragies ont d'emblée marqué le début de cette pathologie, mais ces métrorragies n'ont pas inquiété la patiente au début ; qui les avait considérées comme un retour des règles (car la patiente avait observé 2 mois d'amenorrhée). C'est la persistance des métrorragies qui a inquiété la patiente et a été le motif de consultation.

**ATCD gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 15 ans
- Age au moment de la puberté : 13 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel : Non précisé
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée
- Notion d'infection génitale : Vulvo-vaginite à répétition.

**ATCD OBSTETRICAUX**

Age au moment du premier accouchement : 16 ans  
 Nombre total d'accouchements : 4  
 Nombre d'avortement : 0  
 Notion de contraception hormonale : R.A.S.

ATCD médicaux : R.A.S.

ATCD chirurgicaux : R.A.S

ATCD du mari

Mari circoncis.

Notion d'infection vénérienne chez le mari : Non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V : Il est hémorragique. Le col est dur. L'utérus est de taille normale. TV+ palper abdominal : l'utérus est mobile.

T.R : Il n'y a pas de rectorragie. Cependant au TR+ palper abdominal on note une légère induration au niveau du paramètre gauche.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il révèle un cancer ulcéré de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie : non faite.  
Autres examens : non faits.

**STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Stade II  
Etat général de la patiente au moment du diagnostic.  
Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical.

**ANTIANEMIQUE**

Cyanocobalamine (globisine Ampoule buvable) 2 boites  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (Hemocaprol Ampoule buvable) 2 boites  
1 Ampoule buvable matin, midi, soir et la nuit.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 500 gélule. (Totapen) 3 boites  
2 gélules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Polyvidone Iodée (Betadine solution) 1 flacon.  
1 toilette intime, matin, midi et soir.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL** : Non fait.

N.B. Malade non revue

## OBSERVATION N° 24

Date 28 Août 1990

**IDENTITE DE LA MALADE**

Nom : O.  
 Prénom : S.  
 Age : 65 ans  
 Profession : Ménagère  
 Ethnie : Sarakolé.  
 Motif de consultation : METRORRAGIES

**Histoire de la maladie**

Le début de cette maladie a été marqué par des métrorragies. Il y a eu de cela 3 mois. Elles étaient minimes, survenant sans périodicité franche, généralement provoquées même par la toilette intime. Actuellement les métrorragies sont toujours intermittentes et la patiente ne pouvant observer 4 jours sans voir les métrorragies spontanées.

**ATCD gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 13 ans
- Age au moment de la puberté : 13 ans
- Age au moment du premier rapport sexuel : 13 ans
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée.
- Notion d'infection génitale : R.A.S.

**ATCD OBSTETRICAUX**

- Age au moment du premier accouchement : 14
- Nombre total d'accouchements : 8
- Nombre d'avortement : 0

ATCD médicaux : R.A.S.

ATCD chirurgicaux : R.A.S.

ATCD du mari

- mari circoncis
- notion d'infection vénérienne chez le mari : non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V : Il est hémorragique. Le col est dur. On perçoit une ulcération au niveau de l'exocol. Au TV+ palper abdominal, il y a une immobilité utérine.

T.R : Il n'y a pas de rectorragie. Au TR+ palper abdominal on note une induration paramétriale bilatérale.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il nous révèle la présence d'un cancer ulcéré au niveau de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie non faite.  
Autres examens : non faits.

**STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Stade III

Etat général de la patiente au moment du diagnostic.  
Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

- Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENT SUBIT****ANTI-ANEMIQUE**

Cyanocobalamine (globisine Ampoule buvable) 2 boîtes  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.

**ANTI-HEMORRAGIQUE**

Ethamsylate (Dicynone injectable) 2 boîtes  
1 injection IM : matin et soir

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 500 gélule. (Totapen) 3 boîtes 2 gélules matin et  
soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Triclocarban (Solubacter solution) 1 flacon  
1 toilette intime matin et soir.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL : Non fait.**

N.B. Malade non revue

**OBSERVATION N° 25**

-----

Date 04 Septembre 1990

**IDENTITE DE LA MALADE**

Nom : D.....  
 Prénom : A.....  
 Age : 59 ans  
 Profession : Ménagère  
 Ethnie : Peulh.  
 Motif de consultation : METRORRAGIES

**Histoire de la maladie**

Cette pathologie a débuté par des métrorragies minimales spontanées survenant sans périodicité franche, il y a de cela 6 mois. La patiente a d'abord subi un traitement traditionnel qui n'a apporté aucune amélioration. Actuellement les métrorragies sont toujours minimales survenant de façon intermittente. La patiente présente un mauvais état général.

**ATCD gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 16 ans
- Age au moment de la puberté : non précisé
- Age au moment du premier rapport sexuel : non précisé
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : non précisée
- Notion d'infection génitale R.A.S.

**ATCD OBSTETRIQUES**

- Age au moment du premier accouchement : 17 ans
- Nombre total d'accouchements : 6
- Nombre d'avortement 0
- Notion de contraception hormonale : R.A.S.

ATCD médicaux : R.A.S.

ATCD chirurgicaux : R.A.S.

ATCD du mari

- mari circoncis
- notion d'infection vénérienne chez le mari : non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V. : Il est hémorragique. Le col est dur, cependant une masse bourgeonnante est perceptible. L'utérus est atrophié au TV+ palper abdominal : l'utérus est immobile.

T.R. = Aucun signe de rectorragie. Au TR+ palper abdominal il y a une induration paramétriale bilatérale.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il montre la présence d'un cancer bourgeonnant au niveau de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie non faite.  
Autres examens : non faits

**STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Stade III  
Etat général de la patiente au moment du diagnostic  
Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIANEMIQUE**

Extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés  
(Transfusine Ampoule buvable) 2 boites.  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.  
plus Fumarate ferreux (fumafer comprimé) 2 boites  
1 comprimé matin et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (hémocaprol Ampoule buvable) 2 boites.  
1 ampoule buvable matin, midi, soir et la nuit.

**ANTIBIOTIQUE**

Amoxicilline 500 gélule (hiconcil) 3 boites : 2 gélules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Polyvidone iodée (bétadine solution) 1 flacon.  
1 toilette intime matin, midi et soir.

**TRAITEMENT CHIRURGICAL : non fait.**

N.B. Malade non revue

**OBSERVATION N° 26**

Date 16 Septembre 1990

**IDENTITE DE LA MALADE**

Nom : D....  
 Prénom : F.....  
 Age : 47 ans  
 Profession : Ménagère  
 Ethnie : Peulh.  
 Motif de consultation : METRORRAGIES

Le début de la maladie remonte à 5 mois, il a été marqué d'emblée par des écoulements vaginaux striés de sang avec des périodes de rémissions spontanées. Ces signes ont cédé la place aux métrorragies dont le caractère essentiel est d'être provoqué, il y a de cela un mois. La patiente est dans un état cachectique.

**ATCD gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 18 ans
- Age au moment de la puberté : non précisé
- Age au moment du premier rapport sexuel : non précisé
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : non précisée
- Notion d'infection génitale : R.A.S.

**ATCD OBSTETRIQUES**

- Age au moment du premier accouchement : 19 ans
- Nombre total d'accouchements : 5
- Nombre d'avortement : 0

Notion de contraception normale : R.A.S.

ATCD médicaux : R.A.S.

ATCD chirurgicaux : R.A.S.

ATCD du mari

Mari circoncis

Notion d'infection vénérienne chez le mari : non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V. : Il est hémorragique. Le col est dur sauf au niveau de la masse bourgeonnante. Au TV+ palper abdominal : l'utérus est mobile.

T.R. : Il n'y a aucun signe de rectorragie notable. Au TR+ palper abdominal il y a une légère induration au niveau du paramètre droit.

**EXAMEN SPECULUM**

Il nous révèle la présence d'un cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie : non faite  
Autres examens non faits.

**STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Stade II  
Etat général de la patiente au moment du diagnostic  
Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée (Refus d'hospitalisation)

**TRAITEMENT SUBIT**

Traitement médical

**ANTIANGINEUX**

Hemostyl sirop 2 flacons :  
1 cuillère à soupe matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (hemocaprol injectable) 2 boites  
1 injection Intra-veineuse matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 500 gélule (Totapen 500 gélule) 3 boites.  
2 gélules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Triclocarban (solubacter solution) 1 flacon  
1 toilette intime matin, midi et soir.  
Traitement chirurgical : Non fait

N.B. Malade non revue

**OBSERVATION N° 27**

Date : 23 Septembre 1990

**IDENTITE DE LA MALADE**

Nom : T.....  
 Prénom : B.....  
 Age : 40 ans  
 Profession : Ménagère  
 Ethnie : Maure.  
 Motif de consultation : METRORRAGIES

**Histoire de la maladie**

Cette pathologie a débuté par de minimes métrorragies survenant après les rapports sexuels ; il y a de cela 3 mois. Le caractère essentiel de ces métrorragies est qu'elles ne sont jamais spontanées. Cependant l'état général de la patiente se détériore progressivement.

**ATCD gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 19 ans
- Age au moment de la puberté : non précisé
- Age au moment du premier rapport sexuel : non précisé
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : non précisée
- Notion d'infection génitale : R.A.S.

**ATCD OBSTETRIQUES**

- Age au moment du premier accouchement : 20 ans
- Nombre total d'accouchements : 4
- Nombre d'avortement : 0

Notion de contraception hormonale R.A.S.

ATCD médicaux : R.A.S.

ATCD chirurgicaux : R.A.S.

ATCD du mari

Mari circoncis.

Notion d'infection vénérienne chez le mari : non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE.**

T.V. : Il est hémorragique. Le col est dur. Au TV+ palpe abdominal l'utérus est mobile, il est de taille normale. Cependant il y a une induration au niveau de la paroi vaginal gauche.

T.R. : Il n'y a pas de rectorragie. Une légère induration au niveau du paramètre gauche est perçue au TR+ palper abdominal.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il montre un cancer bourgeonnant de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES.**

Biopsie : non faite  
Autres examens : non faits.

Etat général de la patiente au moment du diagnostic  
Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical.

**ANTINEURALGIQUE**

Extrait de foie titrant en cyanocobalamine anhydre (glutadouze  
Ampoule buvable) 2 boites.  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Ethamsylate (Dicynone injectable) 2 boites  
1 injection IM matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Amoxicilline 500 gélule. (hiconcil) 2 boites.  
2 gélules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Polyvidone iodée (Betadine solution) 1 flacon  
1 toilette intime matin, midi et soir.

Traitement chirurgical : non fait.

N.B. Malade non revue

**OBSERVATION N° 28**

DATE 25 Septembre 1990

**IDENTITE DE LA MALADE**

NOM : S....  
 PRENOM : M....  
 Age : 60 ans  
 PROFESSION : Ménagère  
 Ethnie : Malinké  
 Motif de Consultation : Métrorragies

**Histoire de la maladie**

Le début de cette pathologie a été marqué par des métrorragies spontanées minimes, il y a de cela 4mois. Ces métrorragies ont été précédées par des douleurs pelviennes diffuses qui n'ont cependant pas inquiété la patiente. Actuellement la patiente ne peut observer 5jours sans voir les métrorragies. L'état général de la patiente est altéré.

**ATCD GYNECOLOGIQUES**

- Age au moment du mariage : 14 ans
- Age au moment de la puberté : Non précisé
- Age au moment du premier rapport sexuel : Non précisé
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée
- Notion d'infection génitale : vulvo-vaginite à répétition et bilharziose urinaire

**ATCD OBSTETRIQUES**

Age au moment du premier accouchements: 15 ans  
 Nombre total d'accouchement : 7  
 Nombre d'avortement : 0  
 Notion de contraception hormonale : R. A. S.  
 ATCD Médicaux : Paludisme et Céphalées à répétition  
 ATCD Chirurgicaux : R.A.S.  
 ATCD du Mari  
 Mari Circoncis  
 Notion d'infection vénérienne chez le mari : Non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V : le col est dur. On perçoit une ulcération à base indurée au niveau de l'exocol. Au TV + palper abdominal. On note une atrophie et une immobilité utérine.  
 T-R : Il n'y a pas de rectorragie. Il y a un envahissement au niveau des paramètres bilatéraux au TR + palper abdominal.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

Il montre une ulcération cancéreuse au niveau de l'exocol.

**EXAMENS PARA CLINIQUES**

Biopsie non faite  
 Autres examens : non faits  
 STADE EVOLUTIF au moment du diagnostic.

**STADE III**

Etat général de la patiente au moment du diagnostic  
Mauvais  
Conduite Therapeutique  
malade non hospitalisée.  
Traitements subits  
Traitement médical.

**ANTIANEMIQUE**

Extrait de foie titrant en cyanocobalamine anhydre  
(glutadouze ampoule buvable) 2 boites.  
1 ampoule buvable matin , midi, soir

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Acide aminocaproïque (hemocaprol injectable) 2boites.  
1 injection IV matin et soir

**ANTIBIOTIQUE**

Ampicilline 500 (totapen gelule) 3 boites  
2 gelules matin et soir

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Polyvidone iodée (betadine solution) 1flacon  
1 toilette intime matin, midi, soir

**ANTALGIQUE**

Noramidopyrine, pitofénone et fempiverinium (baralgin  
injectable) 1inj IM matin et soir  
Traitement Chirurgical : Non fait

N.B. Malade non revue

**OBSERVATION N° 29**  
-----

Date 28 Septembre 1990

**IDENTITE DE LA PATIENTE**

Nom : C.....  
 Prénom : N....  
 Age : 65 ans  
 Profession : Ménagère  
 Ethnie : Malinké

**Notif de la consultation** Métrorragies**Histoire de la maladie.**

Cette pathologie a débuté par des métrorragies il y a de cela 3 mois. Actuellement les métrorragies sont intermittentes, spontanées accompagnées par les algies pelviennes. L'état général de la patiente est profondément altéré.

**ATCD gynécologiques**

- Age au moment du mariage : 16 ans
- Age au moment de la puberté : non précisé
- Age au moment du 1<sup>er</sup> rapport sexuel : 16 ans
- Notion de multiplicité de partenaires sexuels : Non précisée
- Notion d'infection génitale : vulvo-vaginite bilharziose urinaire.

**ATCD OBSTETRIKAUX**

- Age au moment du premier accouchement : non précisé
- Nombre total d'accouchements : 10
- Nombre d'avortement : 0
- Notion de contraception hormonale : R. A. S.

ATCD médicaux : Paludisme

ATCD chirurgicaux : R. A. S.

ATCD du mari

Mari circoncis.

Notion d'infection vénérienne chez le mari : non précisée.

**EXAMEN CLINIQUE**

T.V. : Il est hémorragique. On perçoit une masse bourgeonnante. Le TV+ palper abdominal montrent que l'utérus est fixé à la paroi pelvienne. L'utérus est de taille normale.

T.R. : Il n'y a pas de rectorragie provoquée. Cependant le TR+ palper abdominal montrent une induration des paramètres bilatéraux.

**EXAMEN SOUS SPECULUM**

On note la présence d'une masse bourgeonnante cancéreuse au niveau de l'exocol.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

Biopsie : non faite  
Autres examens : non faits

**STADE EVOLUTIF AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Stade III

**ETAT GENERAL DE LA PATIENTE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

Mauvais.

**CONDUITE THERAPEUTIQUE**

Malade non hospitalisée.

**TRAITEMENTS SUBITS**

Traitement médical

**ANTIAMENIQUE**

Cyanocobalamine (Globisine ampoule buvable) 2 boites  
1 ampoule buvable matin, midi et soir.

**ANTIHEMORRAGIQUE**

Ethamsylate (Dicynone injectable) 2 boites  
1 injection intra-musculaire matin et soir.

**ANTIBIOTIQUE**

Amoxicilline 500 gélule (Hiconcil) 2 boites  
2 gélules matin et soir.

**ANTISEPTIQUE LOCAL**

Polyvidone iodée (Betadine solution) 1 flacon  
1 toilette intime matin, midi et soir.

**ANTALGIQUE**

Noramidopyrine, pitofénone et fempiverinium.

Traitement chirurgical : non fait.

Malade non revue.

**ETUDES DES OBSERVATIONS**

## ETUDE DES OBSERVATIONS

Parmi les nombreux facteurs qui interviennent pour favoriser l'apparition du cancer du col utérin; nous avons retenu ce qui nous ont paru exploitables à partir de nos observations.

Cette étude nous permet de déterminer la fréquence du cancer du col selon ses différents facteurs.

Nous avons colligé 29 cas de cancer du col utérin sur 6810 consultations et 5934 accouchements. Cette fréquence est de 0,42 % en consultation gynécologique.

**Tableau n° 5 : Fréquence du cancer du col selon la parité**

PARITE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
0	1	3,44 %
1	0	0 %
2	1	3,44 %
3	1	3,44 %
4	3	10,34 %
5	2	6,89 %
6	4	13,79 %
7	1	3,44 %
8	9	31,03 %
9	1	3,44 %
10	2	6,89 %
11	-	0 %
12	1	3,44 %
13	3	10,34 %
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Ce tableau montre que :

- Une de nos patientes est nullipare.
- Deux de nos patientes sont paucipares (1 à 3 enfants).
- Cinq de nos patientes sont multipares (4 à 5 enfants).
- 21 de nos patientes sont de grandes multipares.

**Tableau n° 6 : Fréquence du cancer du col en fonction de l'Age**

AGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
11 - 20 ANS	0	0 %
21 - 30 ANS	1	3,44 %
31 - 40 ANS	6	20,68 %
41 - 50 ANS	8	27,58 %
51 - 60 ANS	8	27,58 %
61 - 70 ANS	4	13,79 %
71 - 80 ANS	2	6,89 %
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Le cancer du col utérin est une pathologie rare au cours des deux premières décennies de la vie. Au cours de cette étude aucun cas n'a été décelé durant la dite période.

A partir de ce tableau nous pouvons affirmer que c'est une pathologie fréquente au cours de la 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> décennie. La fréquence dimunie après 60 ans.

Cependant nous pouvons dire que c'est une maladie de la femme en période d'activité génitale dont la fréquence dimunie avec l'âge.

Notre plus jeune malade a 28 ans.

La plus âgée a 75 ans.

Tableau n° 7 : Fréquence du cancer du col selon l'Ethnie

ETHNIE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
BAMBARA	10	34,48 %
MALINKE	3	10,34 %
PEULH	6	20,68 %
SARAKOLE	6	20,68 %
MAURE	2	6,89 %
BOZO	1	3,44 %
SOMONO	1	3,44 %
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

- L'ethnie la plus frappée par le carcinome du col est l'ethnie Bambara avec 34, 48 %.
- Les ethnies Peulh et Sarakolé occupent la 2ème place.
- Les taux les plus bas se rencontrent chez les Maures, Bozos, Somonos.

Cependant la prépondérance de cette pathologie chez les Bambaras pourrait dépendre du milieu dans lequel s'est déroulée cette enquête à savoir le milieu Bamakois précisément l'Hopital Gabriel TOURE (Service de Gynécologie et d'Obstétrique) ou la prédominance de l'Ethnie Bambara en consultation gynéco-obstétricale est une évidence.

Par contre ce fait n'expliquerait en aucune manière une prédisposition plus accrue de cete ethnie à faire une pathologie cancéreuse du col utérin.

A l'inverse, les taux les plus bas enregistrés chez les Maures, Somonos, Bozos (3.44 %) s'explique de façon irrévocable par le fait que le milieu Bamakois n'est pas leur milieu socio-culturel d'origine.

**Tableau n° 8 : Fréquence du cancer du col selon l'âge au moment du mariage.**

AGE AU MOMENT DU MARIAGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
INFERIEUR A 10 ANS	0	0 %
11 - 15 ANS	15	51,72 %
16 - 20 ANS	13	44,82 %
21 - 30 ANS	1	3,44 %
31 - 40 ANS	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Le mariage précoce constitue un facteur favorisant indéniable du carcinome du col utérin. Le taux de 51,72 % chez nos patientes dont l'âge au moment du mariage se situe entre 11 et 15 ans permet cette assertion.

Le taux de cette pathologie est de 44,82 % chez nos patientes dont l'âge au moment du mariage se situe entre 16 - 20 ans.

- Au cours de cette étude la fréquence du cancer du col diminue considérablement chez nos patientes dont l'âge au moment du mariage se situe dans l'intervalle de 21 à 30 ans (3,44 %) ; pour enfin devenir nulle chez celles dont l'âge au moment du mariage est compris dans l'intervalle de 31 à 40 ans.

**Tableau n° 9 : Fréquence du cancer du col utérin selon la profession.**

CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
FONCTIONNAIRE	0	0
MENAGERE	28	96,55 %
COMMERCANTE	1	3,44 %
ARTISANNE	0	0
EMPLOYEE DE MAISON	0	0
AUTRES	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Ce tableau montre qu'aucune de nos patientes n'est fonctionnaire, il convient également d'ajouter qu'aucune de nos patientes n'est intellectuelle.

28 de nos patientes sont des ménagères soit 96,53 % des cas.

Une de nos patientes est commerçante soit 3,44 % des cas.

Aucune de nos patientes n'est ni artisane, ni employée de maison.

Ce fait nous amène à soutenir l'hypothèse selon laquelle le cancer du col utérin est une pathologie des femmes vivant dans des conditions socio-économiques défavorables, conditions généralement incompatibles avec une bonne santé.

**Tableau n° 10 : Fréquence du cancer du col utérin en rapport avec l'utilisation de la contraception hormonale**

CONTRACEPTION HORMONALE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
PATIENTES AYANT SUBI LA CONTRACEPTION HORMONALE	2	6,89 %
PATIENTES N'AYANT PAS SUBI LA CONTRACEPTION HORMONALE	27	93,10 %
TOTAL	29	100 %

- Le taux relativement bas de nos patientes ayant subi une contraception hormonale (6,89 % soit un total de 2 patientes sur 29) ne permet pas d'affirmer l'impact de la contraception hormonale : ou encore la relation entre la contraception hormonale et la genèse du carcinome du col utérin.
- 93,10 % de nos patientes (soit un total de 27 sur 29 patientes n'ont jamais subi de contraception hormonale.

Ce constat au cours de notre étude ne nous permet pas d'incriminer de façon formelle la contraception hormonale comme facteur favorisant du cancer du col utérin.

**Fréquence du cancer du col utérin selon l'âge au moment de la puberté.**

Au cours de cette étude , la détermination de la fréquence du cancer du col utérin selon l'âge au moment de la puberté , ne nous a pas été possible ; car les patientes dans leur grande majorité ne peuvent pas déterminer la date des premières règles ; ni même leur âge au moment des premières menstruations

- Il convient de noter qu'aucune de nos patientes n'affirme avoir des ATCD de cancer du col dans leur famille.

Ainsi le rôle de l'hérédité dans la genèse de cette pathologie reste selon les résultats de notre étude purement hypothétique.

- Le cancer du col utérin est une tumeur maligne qui affecte la femme en période d'activité génitale, c'est dire que la survenue d'une grossesse chez de telle malade n'est pas à exclure bien que de pareilles lésions ne prédisposent particulièrement pas à la fécondité.

Par contre au cours de cette étude prospective d'une année, aucun cas de cancer du col utérin n'a été décelé à la maternité de l'Hôpital Gabriel TOURE sur un total de 5934 accouchements.

**Fréquence du Cancer du Col utérin selon la notion multiplicité de partenaires sexuels.**

Le rôle de la multiplicité de partenaires sexuels n'a pu être établi dans la genèse du cancer du col utérin au cours de notre étude. Cela grâce à la non fiabilité des renseignements recueillis lors de l'anamnèse. Toutes nos patientes affirment ne pas avoir connu de multiples partenaires sexuels.

### En Conclusion

La revue des différents facteurs pouvant intervenir dans la carcinogenèse du col utérin conclut à définir " une population à haut risque de cancer cervical " sur laquelle doivent porter des efforts de dépistage.

Ce sont des femmes multipares appartenant aux couches sociales les plus défavorisées ayant commencé précocement leur vie sexuelle, mariées très jeunes, exposées à des infections gynécologiques répétées et variées, avec une plus grande attention pour celles qui ont eu de nombreux partenaires sexuels.

Tableau n°11 : Fréquence du Cancer du col utérin selon le motif de consultation.

MOTIF DE CONSULTATION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
METRRORRAGIES	28	96,55 %
DYSPAREUNIE	0	0 %
ALGIES PELVIENNES	0	0 %
LEUCORRHEES	0	0 %
TROUBLES DU CYCLE (AMENORRHEE)	1	3,44 %
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

- les symptômes qui font occasionnés une consultation et permettent la découverte du cancer sont variables ; mais dans la quasi-totalité des cas au cours de cette enquête, le tableau clinique a été dominé par les métrorragies.
- 96,55% de nos patientes (28 patientes sur 29) ont consulté pour métrorragies.
- 1 de nos patientes (soit 3,44% ) a consulté pour aménorrhée.

- Les Algies pelviennes constituent un signe d'accompagnement retrouvé à l'interrogatoire chez les patientes consultant pour métrorragies.
- Aucune patiente n'est venue consulter pour dyspareunie il en est de même pour les leucorrhées.

**Tableau n°12 : Fréquence du cancer du col utérin selon le stade évolutif de la classification de GENEVE**

STADE EVOLUTIF	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
STADE 0 OU CANCER IN SITU	0	0 %
STADE I	1	3,44 %
STADE II	9	31,03 %
STADE III	18	62,06 %
STADE IV	1	3,44 %
TOTAL	29	100 %

Ce tableau constitue une illustration du fait que la plupart de nos malades sont venues avec un cancer au stade invasif qui généralement se situe au delà de nos ressources thérapeutiques.

Cependant il conviendrait d'évoquer certaines pathologies pouvant cliniquement évoquer un cancer du col utérin .

Il s'agit de :

- 1 - la Dysplasie sévère
- 2 - le cancer du corps utérin
- 3 - la tuberculose hypertrophique
- 4 - le chancre syphilitique
- 5 - le polype accouché par le col
- 6 - le léiomyosarcome
- 7 - la deciduose cervicale.

Au cours de notre étude, devant certaines pathologies on a pense au cancer du col utérin et à l'examen anapath on a trouvé.

- Un cas d'endométrite avec métaplasie malpighienne chez une femme de 60 ans.
- Un cas de cervicite chronique non spécifique chez une patiente de 45 ans.
- Un cas de dysplasie sévère du col chez une patiente de 39 ans.
- Un cas de choriocarcinome chez une patiente de 22 ans.

Les 3 premiers cas constituent des lésions précancéreuses et le quatrième constitue un cancer développé aux dépens du chorion embryonnaire.

**Tableau n° 13 : Fréquence du cancer du col utérin selon la méthode diagnostique utilisée.**

METHODE DIAGNOSTIQUE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
CLINIQUE	18	62,06 %
HISTOPATHOLOGIQUE	11	37,93 %
TOTAL	29	100 %

Le diagnostic du cancer du col utérin a été clinique dans 62,06 % des cas.

Dans 37,93 % (soit 11 patientes sur un total de 29) il a été clinique et confirmé par l'examen histopathologique.

Cependant le diagnostic clinique repose sur un certain nombre d'investigations qu'il nous paraît utile de rappeler (confère rappel clinique).

**Tableau n° 14 : Fréquence du cancer du col utérin selon le type histologique**

<b>TYPE HISTOLOGIQUE</b>		<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>CARCINOME EPIDERMOÏDE</b>	<b>PEU MATURE</b>	3	27,27 %
	<b>SPINOCELLULAIRE</b>	3	27,27 %
	<b>BIEN DIFFERENCIÉ</b>	4	36,36 %
<b>ADENOCARCINOME</b>		1	9,09 %
<b>TOTAL</b>		11	100 %

Nos résultats histologiques se classent comme suit :

- Carcinomes Épidermoïdes 10 cas.
- Adénocarcinome 1 cas.

Les carcinomes épidermoïdes se répartissent en :

- Carcinomes épidermoïdes peu matures (formes non kératinisantes) 3 cas.
- Carcinomes épidermoïdes bien différenciés (formes non kératinisantes) 4 cas.
- Carcinomes épidermoïdes spinocellulaires ou formes kératinisantes 3 cas.
- Adénocarcinome 1 cas.

**Tableau n° 15 : Fréquence du cancer du col utérin selon la forme clinique au moment du diagnostic**

<b>FORME CLINIQUE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>FORMES BOURGEONNANTES</b>	23	79,31 %
<b>FORMES ULCEREUSES</b>	5	17,24 %
<b>FORMES INFILTRANTES</b>	0	0,00 %
<b>CANCER DE L'ENDOCOL</b>	1	3,44 %
<b>TOTAL</b>	29	100 %

Au point de vue macroscopique les formes bourgeonnantes sont les plus dominantes.

Au cours de notre étude elles représentent 79,31 % des cas (23 cas sur 29).

- Les formes ulcéreuses occupent la deuxième place, elles représentent 17,24 % des cas soit 5 patientes sur 29.
- Les formes endocervicales sont cependant rares, elles représentent 3,44 des cas soit une patiente sur 29.
- les formes infiltrantes sont absentes

## **TYPE HISTOLOGIQUE**

### Aspect macroscopique

- SYLLA Y. (68) trouve 58,3% de formes bourgeonnantes contre 51,6 % pour MGBAKOR. (41) 58,8 % pour VERRHAEGHE et collaborateurs (73).

Dans notre étude nous avons trouvé 79,31 % de formes bourgeonnantes.

- Les formes ulcéreuses représentent 36,6 % pour SYLLA Y. (68) contre 45,2 % pour MGBAKOR (41) et 20,3 % pour VERRHAEGHE et collaborateurs (3).

Dans notre étude nous avons trouvé 17,24 % de formes ulcéreuses.

- Les formes infiltrantes sont rares et représentent 2,4 % chez SYLLA Y. (68) contre 3,2 % pour MGBAKOR(41). Elles n'existent pas dans notre série.
- Le cancer de l'endocol représente un seul cas dans l'étude de Sylla Y. (68) ; il en est de même dans notre étude (l'observation n° 16).

### Les formes microscopiques

Les formes épidermoïdes représentent 90 à 95 % selon NATRASS et collaborateurs (45). NELSON et collaborateurs (41) et WYPLOSZ et collaborateurs (74).

Elles représentent 92,7 % selon SYLLA Y. (68) contre 90,7 % pour NATRASS et collaborateurs (45) et 93,7 % pour KOLSTAD (34).

Dans notre étude elles représentent 90,9 % des cas. De nombreuses études ont montré un faible pourcentage du cancer de l'endocol par rapport à celui de l'exode, les adénocarcinomes représentent 5 % selon BAUDET. JH. et SEGUY. B.

On les trouve dans 7,3 % des cas dans l'étude de SYLLA Y. (68) contre 9,3 % pour NATRASS et collaborateurs (45) ; 7,9 % pour VERRHAEGHE et collaborateurs (73) ; 4,5 % pour WETTELAND et cité par SYLLA Y..

Dans notre étude elles représentent 9,09 % soit 1 cas sur 11 confirmés histologiquement.

### TRAITEMENT

La radiothérapie, la chimiothérapie et la chirurgie constituent la trilogie thérapeutique de base du cancer du col utérin.

La radiothérapie : elle n'a été appliquée chez aucune de nos patientes car cette technique n'est pas disponible au MALI.

La chimiothérapie : quand à elle n'a pas fait ses preuves dans le traitement du cancer du col utérin ; elle n'a également pas été appliquée chez aucune de nos patientes.

Bien que constituant des moyens insuffisants, nous nous sommes contentés de la chirurgie et du traitement médical à visée purement palliative.

### Le traitement chirurgical

Au cours de notre étude, la quasi totalité de nos patientes ont consulté avec des lésions carcinomateuses cervico-utérines déjà évoluées. Egalement nous avons eu à faire à des patientes dans une large majorité présentant un état général altéré. Face à ces situations la chirurgie a besoin d'être appliquée avec discernement : c'est une chirurgie difficile, longue et hémorragique. Egalement la décision chirurgicale incite à la prudence car nous disposons de moyens de réanimation très peu développés.

Ainsi deux de nos patientes ont subi l'intervention chirurgicale : les observations n° 7 et N° 16.

**Tableau n° 16 : Type d'intervention chirurgicale subi par les patientes ayant bénéficiées du traitement chirurgical**

TECHNIQUE D'INTERVENTION	STADE EVOLUTIF				TOTAL
	1	2	3	4	
HYSTERECTOMIE TOTALE	0	0	0	0	0
COLPOHYSTERECTOMIE	1	1			2
VERTHEIM	0	0	0	0	0

Toutes nos patientes opérées ont subi une transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus.

### Le traitement médical

Bien que n'ayant pas fait ses preuves dans le traitement du cancer du col utérin, il constitue l'essentiel de notre base thérapeutique. Il a été pratiqué dans un but purement palliatif sur des cancers invasifs dont le traitement est illusoire.

- 1 Les antianémiques
- 2 Les antihémorragiques
- 3 Les antibiotiques
- 4 Les antiseptiques
- 5 Les antalgiques constituent l'arsenal thérapeutique.

Tableau n°17 : Fréquence des patientes ayant subi un traitement antianémique

LES ANTIANEMIQVES	NOMBRE DE PATIENTES AYANT SUBI LE TRAITEMENT ANTIEMIQUE	POURCENTAGE
CYANOCOBALAMINE (GLOBISINE)	8	27,58 %
EXTRAIT DE FOIE TITRANT EN CYANOCOBALAMINE ANHYDRE (GLUTADOUZE)	6	20,68 %
HEMOSTYL	3	10,3 %
EXTRAIT DE MUQUEUSE GASTRIQUE ET DE MUSCLES DE BOVIDES (TRANSFUSINE) + FUMARATE FERREUX (FUMAFER)	9	31,03 %

26 de nos patientes soit 89,59 % ont subi un traitement par les antianémiques.

- La cyanocobalamine (globisine) a été utilisée chez 8 de nos patientes soit dans 27,58 % des cas.
- L'extrait de foie titrant en cyanocobalamine (Glutadouze) a été utilisé chez 6 de nos patientes soit dans 20,68 % des cas.
- L'HEMOSTYL Sirop a été utilisé chez 3 de nos patientes soit dans 10,34 % des cas.

- L'extrait de muqueuse gastrique et de muscles de bovidés (Transfusine Ampoule buvable) associé au Fumarate ferreux (fuma fer comprimé) ont été utilisés chez 9 de nos patientes soit dans 31,03 % des cas.

#### Les Antihémorragiques

Les antihémorragiques sont :

Ethamsylate (dicynone)

Acide aminocaproïque (Hemocaprol)  
forme injectable.

Acide aminocaproïque (Hemocaprol)  
forme buvable.

Tableau n°18 : Fréquence des patientes ayant subi un traitement antihémorragiques

LES ANTIHEMORRAGIQUES	NOMBRE DE PATIENTES AYANT SUBI LE TRAITEMENT ANTI HEMORRAGIQUE	POURCENTAGE
ETHAMSYLATE (DICYNONE)	8	27,58 %
ACIDE AMINOCAPROIQUE INJECTABLE (HEMOCAPROL)	9	31,03 %
ACIDE AMINOCAPROIQUE BUVABLE (HEMOCAPROL)	10	34,48 %
<b>TOTAL</b>	27	93,09 %

27 de nos patientes soit 93,09 % ont subi un traitement antihémorragique.

- 8 de nos patientes soit 27,58 % ont subi un traitement par l'Ethamsylate (Dicynone).

- 9 de nos patientes soit 31.03 % ont subi un traitement par l'acide aminocaproïque (forme injectable).
- 10 de nos patientes soit 34,48 % de nos patientes ont subi un traitement par l'acide aminocaproïque (forme buvable).

### Les Antibiotiques

Au cours de notre étude, nous avons fait une antibiothérapie systématique devant tous les cas de cancer du col utérin infecté.

Cependant cette antibiothérapie a été faite sans antibiogramme, car c'est un traitement symptomatique, mais surtout nous avons eu à faire à des patientes économiquement pauvres. Nous avons utilisé deux antibiotiques à large spectre : L'Ampicilline et l'amoxicilline.

Tableau n°19 : Fréquence des patientes ayant subi un traitement antibiotique

LES ANTIBIOTIQUES	NOMBRE DE PATIENTES AYANT SUBI UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE	POURCENTAGE
AMPICILLINE 500 GELULE	19	65,51 %
AMOXCILLINE GELULE 500	5	17,24 %
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>82,75 %</b>

- 24 de nos patientes soit 82,75 % de nos patientes ont subi un traitement antibiotique.
- 19 de nos patientes soit 65,5 % de nos patientes ont subi un

- 5 de nos patientes soit 17,24 % ont subi un traitement par l'amoxicilline.

### Les Antiseptiques locaux

Les antiseptiques locaux utilisés sont :

- Le triclocarban (solubacter ou septivon).
- La polyvidone iodée (Betadine solution gynécologique).
- La cétrimide (Cetavlon).

Ces agents à visée antiseptique réduisent temporairement le nombre des micro-organismes.

**Tableau n°20 : Fréquence des patientes ayant subi le traitement antiseptique**

<b>LES ANTISEPTIQUES LOCAUX</b>	<b>NOMBRE DE PATIENTES AYANT SUBI LE TRAITEMENT ANTISEPTIQUE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
TRICLOCARBAN (SOLUBACTER)	7	24,13 %
TRICLOCARBAN (SEPTIVON)	4	13,79 %
POLYVIDONE IODÉE BETADINE (SOLUTION GYNECOLOGIQUE)	12	41,37 %
CETRIMIDE (CETAVLON)	3	10,34 %
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>89,65 %</b>

- 26 de nos patientes soit 89,65 % ont subi un traitement antiseptique.
- 7 de nos patientes soit 24,13 % ont été traitées par le triclocarban (solubacter solution).

- 4 de nos patientes soit 13,79 % ont été traitées par le triclocarban (septivon).
- La polyvidone iodée a été utilisée chez 12 de nos patientes soit 41,37 % des cas.
- La cétrimide a été utilisée chez 3 de nos patientes soit dans 10,34 % des cas.

L'Antalgique que nous avons utilisé est la noramidopyrine, pitofénone fempiverinium (Baralgin). Nous l'avons utilisé de façon systématique chez toutes nos patientes présentant des algies pelviennes et même lombaires.

**Tableau n°21 : Fréquence des patientes ayant subi un traitement antialgique**

<b>ANTALGIQUE</b>	<b>NOMBRE DE PATIENTES AYANT SUBI UN TRAITEMENT ANTALGIQUE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
NORAMIDOPYRINE PITOFENONE, FENPIVERINIUM INJECTABLE (BARALGIN)	13	44,82 %
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>44,82 %</b>

- 13 de nos patientes soit 44,82 % ont subi un traitement antalgique par la noramidopyrine pitofénone, fempiverinium (Baralgin injectable).

Cependant il convient de signaler qu'une de nos patientes qui présentait un cancer du col au stade terminal (l'observation n° 5) a subi le traitement suivant :

Plasmacair 1 flacon / jour pendant 6 jours;  
Sérum salé 2 flacons / jour pendant 7 jours.  
Sérum glucosé 1 flacon / jour pendant 7 jours.

A cela s'ajoute le traitement par :

- Acide aminocaproïque 1 injection IV/jour. (Hemocaprol injectable)
- La Noramidopyrine, pitofénone fempiverinium (Baralgin injectable) à la posologie d'une injection IM matin et soir.
- L'antibiothérapie avec l'Ampicilline gélule à la posologie de 2 gélules matin et soir.

Ce traitement symptomatique n'a pas entraîné une amélioration de l'état général ; et la patiente est décédée le **15 Mars 1991**.

- L'observation n° 11. Après le traitement par l'acide aminocaproïque (forme injectable) à la posologie d'une injection I.V. par jour.
- La Noramidopyrine pitofenone fempiverinium (Baralgin injectable) à la posologie d'une injection I.M. matin et soir.
- L'Ampicilline (Totapen 1g injectable) à la posologie d'une injection intra-musculaire matin et soir.

A reçu :

- La gentamicine (gentalline 160) à la posologie d'une injection I.M. / jour.
- Le plasmacair 1 flacon en perfusion / jour.
- Sérum salé 1 flacon / jour.
- Sérum glucosé 1 flacon / jour enrichi par la Vitamine B (Becozyne).

Cependant il est regrettable de noter que cette patiente est décédée 24 heures après son hospitalisation c'est-à-dire le 25 Avril 1990.

Deux autres de nos patientes sont décédées ; il s'agit des observations :

N° 6 : Madame T..... A. décédée le 26-02-1990.

N° 17 : Madame T..... N. décédée le 14 Mars 1990.

Cependant il ne nous a pas été possible de dégager toutes les conclusions thérapeutiques car certaines de nos patientes malgré nos efforts de recherche n'ont pas été revues après la première consultation.

Toutefois nos deux patientes opérées ont été revues plusieurs fois après l'intervention chirurgicale.

**(Observation n° 7)**

Madame D..... A... opérée le 1er Mars 1990 a été revue en Juin, Septembre et en Novembre et ne présente cliniquement aucune récurrence. Cependant même dans ce cas il est trop tôt d'évoquer les problèmes de récurrences car la surveillance doit s'étendre pour dégager les conclusions thérapeutiques.

- Madame T..... F..... (l'observation n° 16) opérée le 1er Juin 1990 est revenue en Octobre consulter pour métrorragies.
- 16 de nos patientes n'ont pas été revues après la première consultation. Toutes ces patientes ont consulté avec des lésions carcinomateuses cervico-utérines déjà évoluées dont toute surveillance est illusoire.
- 4 de nos patientes sont décédées : il s'agit des patientes des observations n° 5, n° 6, n° 11, n° 17.
- 7 de nos patientes sont revues périodiquement. Il convient de mentionner que les traitements symptomatiques nous donnent des résultats décevants et que nous assistons à la dégradation progressive de leur état général.

**COMMENTAIRES ET  
DISCUSSIONS**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le facteur étiologique de moins douteux est la multiparité.

- En 1936 Tomkins ne trouvait que 9,6 % de femmes sans grossesse sur 6 412 cancers du col (H.G. ROBERT PALMER. R. et BOURY. HEYLER. C.) (56)
- En 1954 Denoix et Schwartz, étudiant 12 067 cas de cancers du col, trouvent qu'il est en relation directe avec le nombre de grossesses. (56)

Dans les chiffres de VARANGOT la moyenne des grossesses des femmes porteuses du cancer du col est voisine de cinq.

- RUNGE a montré que les femmes sans enfant sont quatre fois moins nombreuses dans la population des femmes atteintes de cancer du col, alors que les mères de 3 enfants sont deux fois plus nombreuses et celles de 8 enfants cinq fois plus nombreuses.
- Pour J. VARANGOT, les grossesses antérieures joueraient un rôle favorisant certain sur la répartition du cancer du col selon la parité. (56)
- Chaque naissance augmente légèrement le risque de cancer du col utérin, d'autres études n'ont pu démontrer que le rapport entre le nombre d'enfants et le cancer du col soit important que l'âge au moment du premier mariage ou des premières relations sexuelles ou d'autres facteurs ayant trait à la sexualité .  
(MALIPHANT) (37)
- Une de nos patientes est nullipare.
- Deux de nos patientes sont paucipares. (1 à 3 enfants).
- 26 de nos patientes sont multipares.

Ceci nous amène à soutenir l'hypothèse selon laquelle la multiparité jouerait un rôle dans la genèse du cancer du col utérin.

En fait de nombreuses études associent le cancer du col à un nombre élevé d'enfants mais aucune corrélation précise n'a pu être confirmée. (DIEDEHIOU. M.T.)(23)

- Une étude menée à l'Hôpital A. Le DANTEC à Dakar par P. TOURE, P. CORREGA, et A. DIAB (19) montre l'influence de la multiparité sur l'apparition du cancer du col utérin en 1981.

**Tableau n°22 : Répartition du cancer du col utérin selon la parité**

PARITE	CANCERS DU COL	
	EFFECTIFS OBSERVES	%
NULLIPARES	16	3,89 %
PRIMIPARES	36	8,75 %
SECONDIPARES	36	8,75 %
III PARES	47	11,43 %
IV PARES	42	10,21 %
V PARES	45	10,94 %
VI PARES	123	29,92 %
INDETERMINEES	66	16,05 %
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	

Ce tableau montre une répartition des cancers du col utérin selon la parité. Les auteurs concluent que l'influence de la parité sur l'apparition du cancer du col est indiscutable.

- L'influence de la multiparité sur l'apparition du cancer du col a été soulignée par R.G. Maliphant. (37)

### PRECOCITE DES RAPPORTS SEXUELS

- Pour I.D ROTKIN(58) la précocité des rapports sexuels joue un rôle dans la genèse du cancer du col utérin quand ces rapports débutent entre 15 et 25 ans. Il a montré que les rapports dans la période post-pubertaire entraînait un risque particulier. Dans une enquête faite par lui en 1962 auprès de 115 cancéreuses, il apparaissait que l'âge au moment du premier rapport sexuel était en moyenne de 16 ans, contre 22 dans la population de contrôle. Il a montré que l'âge du premier coït intervenait avant 20 ans chez 53, 85 % des futures cancéreuses, contre 31 à 75 % dans la populations de contrôle.  
(58)
- Le cancer du col est fréquent chez les femmes ayant commencé les rapports sexuels pendant l'adolescence.  
(CHAZARA CH., FETISSOF M., LANSAC M., SANGIO M.) 1981 (16)  
MEISELS.A (39) SIMON. E., MENYE.P.A., SANOU.A. (64)
- 64 % des femmes porteuses d'un cancer du col utérin ont commencé leur vie sexuelle avant l'âge de 20 ans.  
(W.N. CHRISTOPHERSON et J.E. PARKER.) 1965 (17)
- Une étude menée aux U.S.A. sur des populations juives, non juives et noires aux Indes (sur des juifs musulmans et chrétiens) comparées à des groupes témoins afin de mettre en évidence un facteur commun qui pourrait jouer un rôle dans la genèse du cancer du col utérin a retenu la précocité des rapports sexuels. L'incidence du cancer du col utérin est plus grande quand les rapports ont commencé très tôt, tel est le cas chez les noires et hindous dont l'âge moyen au moment du premier rapport sexuel est de 16 ans.  
(E.L WYNDER et ses collaborateurs.) (72)
- Une de nos patientes a eu son premier rapport sexuel à 17 ans  
Observation n°1

- Chez 10 de nos patientes l'âge au moment du premier rapport sexuel est inférieur ou égal à 16 ans.
- Une de nos patientes a eu son premier rapport sexuel à 18 ans (observation n° 21).
- Cependant nous constatons avec regret que 17 de nos patientes ne se souviennent pas de leur âge au moment du premier rapport sexuel. Malgré ce caractère incomplet de l'anamnèse, la précocité des rapports sexuels est retenue comme l'un des plus importants facteurs de risque dans la survenue du cancer du col utérin car cela exposerait à l'agression précoce de l'épithélium cervical, à l'infection génitale et à un grand nombre de grossesses.

#### **AGE AU MOMENT DU MARIAGE**

Le mariage précoce est l'un des facteurs favorisant les plus importants du cancer du col utérin.

- Aux INDES. D.J. JUSSAWALA note la prédominance du cancer du col chez celles qui se marient tôt. Le risque relatif de voir se développer un cancer du col est multiplié par 5 chez les femmes de BOMBAY mariées avant l'âge de 10 ans. (32)

En 1964 PHAM - BIEU - TAM et DAO - DUC - HOANH. (49) parmi les facteurs étiologiques incriminés dans la genèse du cancer du col utérin, soulignent chez les femmes atteintes de l'affection au SUD VIETNAM, la précocité du mariage. 86,8 % de ces malades s'étaient mariées avant l'âge de 20 ans. Le mariage précoce est en fait lié au premier rapport sexuel.

L'âge moyen de nos patientes au moment du mariage est de 15,7 ans

- 51,72 % de nos patientes soit un total de 15 patientes sur 29 se sont mariées entre 11 et 15 ans.
- 96,52 % de nos patientes soit un total de 28 patientes sur 29 se sont mariées entre 11 et 20 ans.

- Une de nos patientes s'est mariée après 20 ans (observation n° 6)

Ceci nous amène à soutenir l'hypothèse selon laquelle le mariage précoce constitue un facteur favorisant indéniable du cancer du col utérin.

Van et WAALLE cité par P. TOURE, P. CORREA et A. DIAE (1981) considère comme unique au monde la nuptialité dans les pays africains, remarquable par sa précocité. (19)

- 13,3 ans moyenne au Niger.
- 14,7 ans en Guinée.
- 17 ans au Bénin, Togo, Kenya.
- 15 ans en R.C.A. et au Tchad.
- 16 ans au Mali, Sénégal, Zaïre.
- 18 ans au Gabon.

Cette nuptialité précoce est l'un des facteurs permettant d'expliquer la prépondérance du cancer du col utérin dans les pays sous-développés.

#### **FACTEUR ETHNIQUE**

Le cancer du col utérin est une pathologie rare chez les femmes juives. Cet fait est confirmé par les statistiques mondiales (cancer IN FIVE CONTINENTS). (15)

Une étude menée par l'O.M.S. durant la période 1977-1981 dans la population féminine juive d'Israël a révélé 335 cas de cancers du col soit une incidence de 1,9 %. Ceci constituait l'incidence la plus basse du monde. (15)

- Au symposium de pathologie géographique du cancer à OXFORD en 1950, SIMEONIDIS remarque que tous les auteurs américains trouvent une très faible fréquence du cancer du col chez la femme juive. (19)

- Cependant, selon les statistiques effectuées en Algérie par J. MUSSINI - MONTPELLIER et M. BONAFOS ( en 1952) (43). Le cancer du col paraît loin d'être exceptionnel chez l'israélite algérienne.

SHANTA.Y. et KRISHNAMURTI en 1969 (63) notent une plus faible fréquence du cancer du col chez les indoues musulmanes du Sud qui ont la même origine ethnique que les femmes "Hindu" du Sud des Indoues qui vivent dans les mêmes conditions "écologiques", parlent la même langue, mangent les mêmes repas (à l'exception de la viande de porc, consommée seulement par les Hindu), ont les mêmes coutumes sauf la circoncision rituelle chez les musulmans du Sud.

La même faible fréquence est observée par WYNDER chez les indonésiennes.

Le seul dénominateur commun entre ces populations d'origine ethnique différente semble être l'obligation religieuse que constitue la circoncision pratiquée dans l'enfance.

L'intervention d'un facteur génétique ne saurait être exclue bien qu'il puisse jouer un rôle mineur (V. SHANTA). (63)

- Au cours de notre étude ; l'ethnie la plus victime du cancer du col utérin est l'ethnie Bambara avec 34,48 % de cas soit un total de 10 patientes sur 29.
- La deuxième place est occupée par les ethnies Peulh et Sarakole avec 20,68 % des cas soit un total de 6 patientes sur 29. Les taux les plus bas se rencontrent chez les Bozos, Somonos et avec 3,44 % des cas soit 1 patiente sur 29 dans chaque cas.
- Cependant nous ne disposons d'aucune donnée scientifique permettant d'expliquer la prépondérance de cette pathologie dans l'ethnie Bambara plus que dans les autres.

- Toutefois, le mariage précoce est une réalité socio-culturelle de l'ethnie Sarakolé et pourrait jouer un rôle dans la genèse du cancer du col utérin au sein de cette ethnie.

#### AGE

- Le cancer du col se rencontre entre 30 - 40 ans (HENRION R) (30) Le cancer du col est une maladie fréquente dans la quatrième décennie, mais on la rencontre à tout âge. Les statistiques montrent que la courbe de morbidité s'élève régulièrement avec l'âge pour diminuer après 75 ans (ROBERT. H.G. PALMER.R. et BOURY-HEYLER.C) (56)
- L'âge moyen des cancéreuses est de 44 ans pour (Yélli SYLLA) année 1980 (68)
- Cet âge est 43,9 ans pour MOUNKORO. N. 1985 (44)

**Tableau n°23 : Etude comparative de l'âge moyen des cancéreuses du col selon les pays**

AUTEURS	AGE MOYEN	PAYS
PHAM - BIEU - TAM	49,7	VIETNAM
MG BA KOR	47	COTE D'IVOIRE
N'DIAYE P.D ET QUENUM C	44,6	SENEGAL
SYLLA Y.	44	MALI
MOUNKORO. N	43,9	MALI
NOTRE ETUDE	45,5	MALI

- La moyenne d'âge des cancéreuses est de 45,5 ans.
- A l'hôpital principal de Dakar (Sénégal) BOUFFARD et collaborateurs en 1978 trouvent que cet âge est de 43 ans. (12)
- J.T.K. DUCAN à Lagos (Nigéria) note le pic de fréquence entre 45 et 55 ans. (24)

Notre plus jeune malade a 28 ans, et la plus âgée 75 ans.

Au cours de notre étude les taux les plus élevés se situent entre 31 et 60 ans ; et la fréquence diminue après 60 ans. Cependant ce qui est vrai et fondamental ; c'est que la fréquence du cancer du col diminue avec l'âge.

- Selon A. YOUNSI le maximum de fréquence de cancer du col se situe entre 40 à 50 ans. (75)

#### **RELATION ENTRE CANCER DU COL ET L'ACTIVITE SEXUELLE**

L'activité sexuelle est retenue comme un facteur favorisant dans la carcinogénèse du col utérin.

- Déjà en 1712 MAURICEAU soulignait l'absence du cancer du col chez la quasi totalité des vierges.
- En 1950 F. GAGNON au Québec (Canada) (28) ne relève aucun cas de cancer du col utérin chez 13 000 religieuses surveillées pendant une période de 20 ans ; et explique cela par l'absence de lésions inflammatoires du col chez les religieuses vierges.
- La même constatation est faite en 1953 par Q. SCHOMIQ (61) qui étudie une communauté religieuse et ne note aucun cas de cancer du col.
- En 1966 STADLER G.E (65) rapporte un cas de cancer du col chez une vierge de 17 ans et KOTTMEIER H.L en Suède, (35) trouve une vierge pour 1 000 femmes porteuses d'un cancer du col ; cette proportion est de 4 % pour MARTIN C.E. (38)
- Au cours notre étude nous n'avons pas rencontré de cas de cancer du col chez les vierges, ceci illustre bien le fait que c'est une pathologie exceptionnelle chez la vierge. Ce qui est indéniable, c'est la quasi constance des lésions du col chez celles qui feront un jour un cancer du col utérin.

- WYNDER (72) trouve chez les femmes atteintes de cancer du col utérin une plus grande fréquence des rapports sexuels, par rapport à un groupe de contrôle constitué de femmes saines. La grande fréquence des rapports sexuels paraît avoir peu ou presque pas d'effet sur la survenue de l'affection tel est l'avis de I.D. ROTKIN. (58)

La mauvaise entente du couple semble jouer un rôle dans la genèse du cancer du col utérin. C'est là une conclusion à laquelle se rallie WYNDER. (72) En 1967 CLYDE E. MARTIN (38) étudiant le statut matrimonial de femmes porteuses de cancer du col et de femmes saines, trouve qu'une plus grande proportion de cancéreuses ont deux ou plusieurs partenaires au cours d'une vie conjugale agitée.

- Il réjoint ainsi une opinion déjà formulée par TERRIS et ses collaborateurs (69). Selon ces auteurs un nombre élevé de malades présentent une histoire de divorce ou de remariage aussi bien que des rapports extra-conjugaux.
- La limitation du nombre de partenaires pendant l'adolescence devrait contribuer à la prévention du cancer du col selon ROTKIN. (58)

Retenue dans le cadre de l'instabilité conjugale, du fait du grand nombre de partenaires sexuels, la prostitution constituerait un facteur de risque important.

- A.J. PEREYRA (en 1967) (48) à l'Institut des femmes de CORONA CALIFORNIE relève chez 601 détenues, 38 % de prostituées et 20 % de syphilitiques. La fréquence du cancer du col dans ce groupe est de 24,96 % soit 6 fois supérieure à celle du reste de la communauté.

ROJEL. J. en 1955 (57) relevant une forte incidence du cancer du col chez les prostituées avance l'hypothèse d'une relation étroite entre cette affection et des rapports fréquents.

Au cours de notre étude, il est regrettable de constater qu'aucune de nos patientes n'a pu nous révéler la fréquence de ses rapports sexuels.

### **RAPPORTS ENTRE LES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES ET LE CANCER DU COL UTERIN**

Les couches sociales déshéritées sont les plus frappées par le cancer du col utérin ; c'est cela qui ressort de la majorité des statistiques.

- MOGHISSI en 1965 (42) observe 4 fois plus de cancer du col dans la population des prisons que dans la population de contrôle.
- WYNDER aux U.S.A. en 1954 relève un plus grand nombre de cancer du col chez les femmes appartenant aux milieux pauvres P.F. DENOIX et J.R. SCHLUMBERGER (22), observent une plus grande fréquence des néoplasies cervicales dans les populations à bas niveau socio-économique.
- Une étude comparative des résultats dakarois à ceux d'une étude semblable réalisée à Tours (1965-1970) et portant sur les populations ci-dessous :
  - Africaines de Dakar
  - Libanaises de Dakar
  - Européennes vivant à Dakar
  - Européennes vivant à Tours
 a donné les résultats suivants :

**Tableau n°23 : Etude comparative des résultats Dakarais à ceux d'une étude semblable réalisée à Tours (1965 - 1970)**

CLASSE COLPOCYTOLOGIQUE	AFRICAINES	EUROPEENS DE DAKAR	LIBANAISES	TOURS
CLASSE I P	10,01	18,12	11,15	53,53
CLASSE II P	83,94	78,41	87,72	22,74
CLASSE III P	5,00	3,07	1,56	0,4
CLASSE IV	1,05	0,29	0,56	0,26
EFFECTIFS	5 131	3,387	1408	4965

Il ressort de ce tableau que :

- les résultats Dakarais, toutes races confondues sont plus péjoratifs que ceux obtenus à Tours ;
- les différences sont nettement significatives entre européennes de Dakar et Africaines de Dakar (moins de frottis normaux et plus de frottis précancer et de cancer dans la série autochtone
- il reste que les Européennes de Dakar ont des caractéristiques colpocytologiques plus proches de celles de leurs soeurs métropolitaines. Tandis que les Libanaises de Dakar tout en étant de conditions socio-culturelles et économiques intermédiaires sont plus proches de la condition africaine :

Ce qui prouve la prépondérance des conditions hygiéno-diététiques et sanitaires dans la détermination de la maladie cancéreuse cervico-utérine AFOUTOU J.M (2)

- Pour P. DENOIX et SCHLUMBERGER : l'élévation du niveau économique d'une population s'accompagne d'une baisse du nombre de cancer du col de l'utérus. (22)
- Le relèvement du niveau social des populations les plus touchées, serait la mesure préventive la plus adéquate pour réduire la fréquence du cancer du col car englobe les facteurs de risque les plus importants (I.D ROTKIN)(58)

- Le cancer du col se rencontre fréquemment chez les femmes d'un bas niveau socio-économique ayant commencé très tôt les rapports sexuels. (ROUQUETTE C. et GUILLOUX. A (59) et CHAZARA. FETTISOFF; M. LANSAC M. SANGIO. M) (16).
- Au cours de notre étude nous aboutissons à la constatation que le cancer du col utérin est fréquent dans les populations de bas niveau économique et social.
- 28 de nos patientes soit 96,55% sont des ménagères appartenant à des couches sociales déshéritées.
- Une de nos patientes soit 3,44% est commerçante.

Existe-t-il un rapport entre la circoncision, l'hygiène sexuelle et le cancer du col utérin ?

- HANDLEY. W.S en 1936 (29) le premier souligna l'absence de formation de smegma après la circoncision comme facteur important dans la prévention du cancer.
- WYNDER et collaborateurs en 1954 (72) aux U.S.A. notent une plus grande fréquence de maris non circoncis chez les femmes présentant un épithélioma du col.

Cependant la circoncision est un geste rituel très répandu, de règle dans les pays musulmans où le cancer du col est aussi, sinon plus fréquent que dans les pays occidentaux.

Au cours de notre étude : toutes nos patientes se sont mariées à des hommes circoncis. Ainsi nous ne pouvons raisonnablement retenir ce facteur comme prépondérant dans la détermination de la néoplasie cervicale.

## ROLE DES INFECTIONS ET INFLAMMATIONS GENITALES DANS LA GENESE DU CANCER DE COL UTERIN :

- "Avant que les cancers du col ne se constituent en temps que tel d'une manière incontestable, il semble que la plupart du temps, il y ait une longue évolution de préparation locale à l'apparition de ces cancers ; c'est dans cet esprit que l'on peut considérer que les irritations, les inflammations (cervicites, les leucoplasies) préparent à l'apparition des cancers du col" (SERAFINO.X. et TOSSOU.H.) (62)
- Selon F. GAGNON, le traitement des lésions cervicales irritatives offre une protection contre le cancer (28).
- K.S Moghissi et ses collaborateurs, en 1965 (42) analysent l'incidence du cancer du col utérin chez 511 détenues à la maison de correction de Détroit, trouvent 4fois plus de cancer "in situ" que dans un groupe de contrôle. Ils relèvent par ailleurs : 30% de prostituées, 5,3% de gonococcie génitale, 15% de syphilis et 82,6% de trichomonas génital.

Les facteurs qui accroissent le risque de contamination vénérienne sont analogues à ceux qui sont considérés comme facteurs de risque dans le cancer du col (précocité des rapports sexuels commencés pendant l'adolescence, instabilité conjugale, mariages et grossesses à un jeune âge etc).

Ces faits ont donné naissance à l'hypothèse selon laquelle le cancer du col se comporterait comme << une maladie sexuellement transmissible >>.

- Pour J MUSSINI. MONTPELLIER et M BONAFOS en 1952 (43) l'étiologie du cancer du col doit se rechercher essentiellement dans tous les états inflammatoires cervicaux.

- SYLLA y trouve en 1980 (68) un antécédent d'infection à trichomonas dans 29.3% des cas chez ses patientes et insiste sur la fréquence négligée des infections parasitaires (trichomonas et candidoses et à germes banaux dans nos pays).
- ROYTON (I) et AURELIAN (L) en 1970 (60) ont retrouvé par les techniques d'immunofluorescence des antigènes de l'herpès virus type 2 dans les cellules néoplasiques exfoliées à partir de cancers invasifs, de carcinomes "in situ", et de lésions dysplasiques du col utérin.
- pour RAWLS (W.E) MELNICK (J.L) et GREEN J.H. (53) le pourcentage de femmes avec anticorps H.S.V2 est le même dans le cancer in situ, le cancer invasif et le groupe de contrôle composé de femmes saines.
- ADULESI (B.A) OSUNKOYA (B.O) et FABIYI (A) en 1974 (1) à Ibadan (NIGERIA) comptabilisent 70.5% de positivité des anticorps antiH.V.S2 chez les cancéreuses contre 11.1% chez les femmes saines appartenant au même groupe d'âge.
- PLUMMER (G) WARNER (J.L) et BOWLING (C.P) (50) En Nouvelle ZELANDE en 1968 ne notent aucune différence significative pour les taux d'anticorps chez les femmes atteintes de l'affection et les femmes saines.
- KESSLER en 1974 (33) a montré en étudiant un groupe de 150 cancéreuses que le taux d'infections anciennes par le virus herpes type 2 était 2 fois plus élevé chez elles que dans la population de contrôle.
- FREEDMAN (R.S) JOOSTING (A.C) RYAN (J.T) et NKONI (s) (27) ont observé un taux élevé d'anticorps dans deux groupes étudiés et ont déduit que cela serait plutôt en rapport avec le vagabondage sexuel à en juger par le nombre de leurs partenaires sexuels. Ils ont enfin conclu formellement à une relation de cause à effet entre l'herpes et le cancer du col utérin.

- BERAL a introduit la notion de mal à risque. En effet il trouve que le taux des cancers du col est plus élevé chez les femmes dont les maris ont un cancer de la verge ou de la prostate ou tout simplement une maladie vénérienne.
- Au cours de notre étude nous avons observé un antécédent de vulvo-vaginite dans 18 cas soit 62,06% un antécédent de syphilis dans 3 cas : (10,34%) il s'agit des observations (n°2, 15,28).
- Nous n'avons observé aucun cas d'infection à chlamydiae trachomatis, à herpes de type II : Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique intertropicale la pratique des examens biologiques pour le diagnostic de ces infections n'est pas courante.

Cependant aucune de nos patientes n'a pu affirmer ou infirmer l'existence des antécédents de maladies vénériennes chez leurs conjoints respectifs. D'où la nécessité impérieuse d'associer les conjoints à la recherche des différents facteurs intervenant dans la carcinogénèse cervico utérine.

#### **ROLE DU FACTEUR HORMONAL**

- STERN et collaborateurs (66) et DANIEL DARGENT cité par DIEDHIOU M.T. (23) ont montré dans leurs études qu'il y avait une corrélation entre les oestroprogestatifs et le cancer du col utérin.
- De leur côté BOYCE (14) et MILLER (40) ne trouvent aucune relation entre le cancer du col utérin et les oestroprogestatifs. Et la comparaison entre les utilisatrices de stérilets et celles des oestroprogestatifs faite par RICHARD (55) ne montre pas non plus la différence entre les 2 groupes, où la vie sexuelle est pourtant à peu près identique.
- La pillule est incapable de provoquer un cancer du col. Si l'on en découvre un chez une femme soumise aux contraceptifs oraux, c'est qu'il existait avant et que la femme n'a pas été examinée convenablement. C'est la conclusion à laquelle ont abouti ROBERT H.G. PALMER. R et BOURY - HEYLER C. (56)

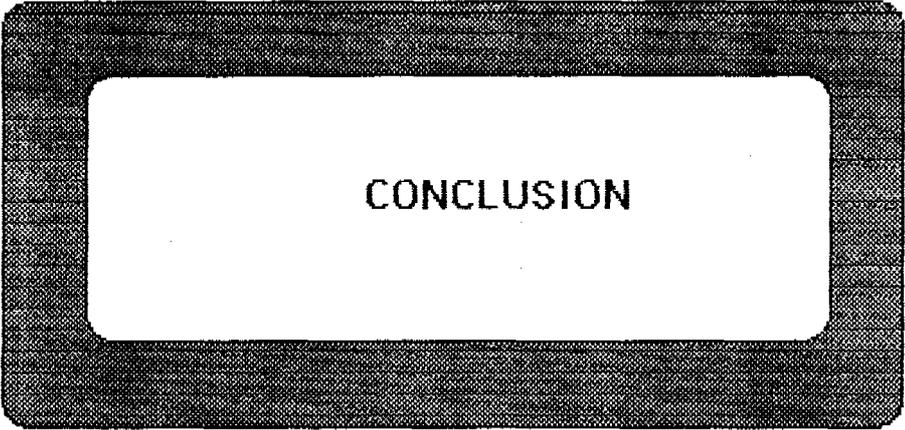
- L'oestrogenothérapie au long cours ne semble pas comporter des risques carcinogènes appréciables selon M. BOURREL (13)
- M. BIBBO, KEEBLER C.M et WIED. GL (11) ; de même que MILLER (40) AU COURS d'une campagne de dépistage systématique ne relèvent aucune différence entre les femmes utilisant des contraceptifs oraux et celles qui n'en prennent pas.
- BOYCE. J.G. LU THERESE, NELSON. J.H. et FRUTCHER R.G. (14) ne notent aucune influence de la durée de la contraception orale utilisée et du type d'oestrogène dans la comparaison d'un groupe de 689 cancéreuses avec un groupe de contrôle.
- STERN G. CLARK. V.A. et COFFLELT C.F (66) trouvent que les femmes qui optent pour la contraception orale font plus facilement de dysplasies cervicales considérées comme une étape transitoire vers le cancer du col.

Au cours de notre étude deux de nos patientes ont subi la contraception orale (observations n° 7 et n° 4).

L'observation n° 4 a subi la contraception hormonale (orale) pendant une période d'une année et il y a de cela 10 cas.

L'observation n° 7 a subi la contraception hormonale (orale) pendant une période de 2 ans.

Ainsi le rôle de la contraception hormonale dans la génèse du cancer du col reste purement hypothétique selon notre étude.



**CONCLUSION**

## CONCLUSION

"Le cancer ne survient jamais sur un col sain".

Il est certain que dans nos pays, il y a un cumul de facteurs étiopathogéniques défavorables, pour lesquels l'influence des conditions socio-économiques est prépondérante :

- Situation hygiéno-diététique précaire
- Précocité des premiers contacts sexuels
- L'instabilité conjugale
- Grande multiparité
- Infections génitales répétées et surtout mal soignées
- Couverture médicale insuffisante et inefficace.

Chacun de ses facteurs étiopathogéniques à lui seul n'est pas efficacement oncogène, surtout si la couverture médicale préventive est suffisante et efficacement organisée.

D'où la nécessité d'organiser le dépistage et la prévention de ce type de cancer.

En Afrique, et même en grande agglomération urbaine, trop de femmes se présentent encore pour la première consultation déjà porteuses de lésions carcinomateuses cervico-utérines évoluées.

Il nous semble raisonnable d'estimer aux environs de 15 % l'incidence globale actuelle du cancer du col utérin au sein de la population féminine sub-urbaine non vierge d'Afrique Noire, vraisemblablement plus en milieu rural. Soit 5 à 6 fois les incidences Européennes et Américaines (2 à 3 %).

(JOSE MARIE AROUTOU (2)).

Le cancer du col utérin occupe la première place de l'ensemble des tumeurs malignes diagnostiquées dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE durant la période du 2 Octobre 1989 au 1er Octobre 1990. Selon les statistiques de l'hôpital Gabriel TOURE.

Il occupe également la première place au Mali plus précisément à Bamako sa capitale au cours de la même période selon les statistiques de l'INRSP.

Les populations des pays en voie de développement sont les plus exposées à cette affection. Car c'est au sein de ces populations que l'on trouve les couches sociales déshéritées où la multiparité est la plus élevée, la sexualité, la plus précoce, et les infections génitales les plus fréquentes surtout non traitées.

Au cours de notre étude prospective du 2 Octobre 1989 au 1er Octobre 1990 ; 29 cas de cancer du col utérin ont été colligés sur un total de 6.810 consultations dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE. Il s'agit de diagnostic fait pendant les consultations gynéco-obstétricales.

11 cas ont été confirmés par l'examen histopathologique.

2 cas (observations n° 7 et 16) ont bénéficié d'un traitement chirurgical (hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et amputation du 1/3 supérieur du vagin).

Une a présenté des récurrences (observation n° 16). L'efficacité du dépistage cytologique des cancers du col utérin n'est plus à démontrer à cause des progrès spectaculaires qu'il a permis d'obtenir en Europe et en Amérique : importante réduction de la fréquence des carcinomes cervico-utérins et la quasi disparition des formes invasives.

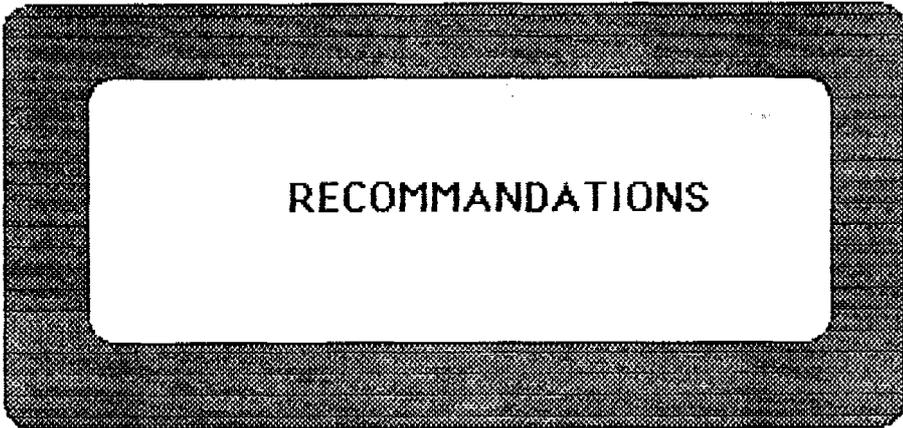
Il n'est pas de même en Afrique inter-tropicale où le test de Papanicolaou est d'introduction récente en tout cas non encore systématique.

Il est regrettable de constater que toutes nos patientes ont consulté avec un cancer au stade insaisissable.

27 d'entre elles n'ont bénéficié que d'un traitement médical purement palliatif. Ceci constitue un défi ; défi que nous a été lancé depuis 1982 par le Professeur TUBIANA (Directeur de l'Institut Gustave ROUSSY de Paris) en ces termes "Le progrès de la lutte contre le cancer est dans la mise en oeuvre des moyens. Il y a d'abord les malades eux-mêmes... dans tous les pays industrialisés, à haut niveau de vie, on constate qu'ils viennent consulter plus tôt avec des tumeurs qui sont à un stade moins avancé, donc plus facile à traiter. C'est un problème d'éducation.

En France, nos statistiques seraient meilleures si nous n'avions pas les immigrés qui n'ont pas encore été touchés par les campagnes d'information et qui continuent à réagir devant la maladie comme leurs compatriotes d'Afrique ou tout simplement comme nos paysans avant la guerre" (2)

Devant ces défis, nous sommes tentés de nous poser la question que faut-il faire ?



**RECOMMENDATIONS**

## RECOMMANDATIONS

29 cas de cancer du col utérin ont été colligés dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE du 2 Octobre 1989 au 1er Octobre 1990.

L'analyse de ces dossiers nous permet de dresser le profil de la population féminine particulièrement menacée par cette redoutable affection au Mali.

Il s'agit de femmes de 31 à 60 ans, multipares, mariées précocément, ayant présenté dans leurs antécédents des infections génitales négligées et appartenant pour leur grande majorité aux couches sociales déshéritées.

C'est sur ce type de malades que doivent porter dans un premier temps les efforts de dépistage précoce. Mais il faut le faire de la façon la plus simple et la plus réaliste sur la base d'un système ne nécessitant ni organisation bureaucratique lourde, ni moyens matériels nouveaux onéreux pour nos états.

Ceci suppose que :

Les infirmiers, les aides-soignants et les matrones seront instruits des facteurs étiopathogéniques et de risque de cette affection. Ce personnel, le plus dévoué qu'il soit en milieu africain devrait pouvoir en même temps que son travail quotidien faire de l'éducation sanitaire spécialisée et sélectionner les femmes à risque ou celles qui présentent des signes d'appel.

Au niveau des Cercles il y aura des sages-femmes, des infirmiers d'état et des médecins généralistes ayant reçu au niveau de l'Institut National chargé du dépistage oncologique une formation spéciale en oncologie. Ils feront une consultation spécialisée et un traitement des dystrophies (Classe II).

Ils enverront au niveau régional ou à l'Institut National de dépistage oncologique les stades invasifs qui décidera de la conduite à tenir adéquate.

- L'Institut du cancer sera le Centre National de référence en la matière, organisera et coordonnera cette activité. En son sein collaborent cliniciens et biologistes.
- Il assure la formation et le recyclage des onco-dépisteurs à tous les niveaux.

Le tout sera financé par les organismes internationaux du système des Nations-Unies (O.M.S., U.N.I.C.E.F., PNUD) etc...

Les Organismes Gouvernementaux d'aide au développement (U.S.A.I.D., F.E.D. etc) et les Organisations Privées, (en matière de santé et d'éducation sanitaire (MEDECINS SANS FRONTIERES, CROIX et CROISSANT ROUGE etc).

Ainsi grâce à cette distribution simple du travail. Les principes fondamentaux d'oncologie cervico-utérine seront respectés :

- les matrones et aides soignantes conseilleront
- les cytologistes alerteront ou rassureront
- les histopathologistes trancheront
- l'équipe médico chirurgicale traitera.

Un tel système devrait réduire considérablement l'incidence du cancer du col utérin.

- Le dépistage préventif des lésions cervico-utérines doit et peut être incorporé dans les soins de santé primaire.

La prévention doit également tenir compte des différents facteurs qui interviennent dans la détermination du cancer du col et pour cela, il s'agit :

- de s'attaquer résolument mais avec mesure à certaines habitudes socio-culturelles dont le mariage précoce constitue la clef de voûte à partir de laquelle la multiparité et les infection génitales font sûrement le lit du cancer du col.

- de freiner la prostitution en la réglementant et en soumettant les femmes exposées à des contrôles réguliers, en freinant l'exode rurale et le développement "sauvage" des grands centres urbains.
- d'éduquer les jeunes filles car c'est au cours de l'adolescence que commence à se jouer ce drame chez celles qui sous la couverture des contraceptifs oraux s'adonnent au vagabondage sexuel.

Toutes ces mesures seraient en elles-mêmes inefficaces si l'on ne songeait pas aux conditions socio-économiques des couches sociales déshéritées.

C'est à ce prix que nous prendrons une part active et efficace à la recherche internationale sur le cancer du col utérin qui constitue l'un des terribles troubles du développement humain.

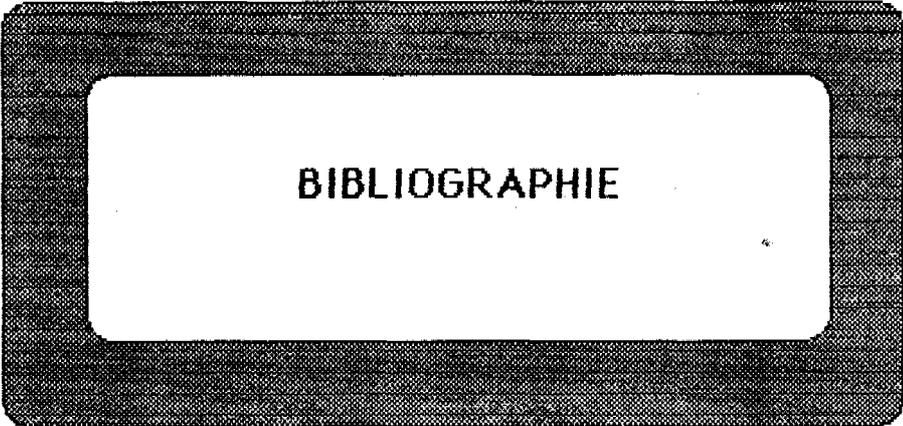
RESUME

**RESUME DE LA THESE**

Nous avons colligé 29 cas de cancer du col utérin sur 6.810 consultations et 5.934 accouchements dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE du 2 Octobre 1989 au 1er Octobre 1990.

- Les diagnostics sont cliniques et histopathologiques ou uniquement cliniques.
- Les facteurs étiopathogéniques classiques de ce type de cancer sont étudiés dans le groupe considéré.
- La comparaison de nos résultats à ceux des études antérieures faites sur cette pathologie, nous permet de dresser le profil de la population féminine particulièrement menacée par cette redoutable pathologie.
- Nos traitements sont insuffisants par manque de moyens thérapeutiques adéquats au MALI.
- Enfin pour la prévention, nous avons tenu compte des différents facteurs qui interviennent dans la détermination du cancer du col utérin. Et nous proposons un schéma d'organisation pragmatique à l'échelle nationale pour la prévention et le dépistage précoce de ce type de cancer qui est la plus fréquente des tumeurs malignes de la sphère génitale féminine au MALI.

**MOTS CLES** : Cancer du col utérin ; consultation gynéco-obstétricale ; Hôpital Gabriel TOURE.



**BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

==

- 1 **ADULESI B. OSUNKOYA B.O et FABIYA**  
 Antibodies to herpes virus type 2 in carcinoma of cervix uteri In Ibadan, Nigeria.  
 Am J of Gyn and Obst 123 758 - 761 1975
- 2 **AFOUTOU J.M.**  
 Experience Dakaroise de dépistage cytologique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col uterin (1981 - 1984 )  
 Medecine d'Afrique Noire: 1986 , 33 (7)
3. **AFOUTOU J.M. , SEURA (P.L) , ANTHONIOZ (H),  
 CORREA (P)**  
 Le dépistage des lésions du col utérin par le test colpocytologique de Papanicolaou : à propos de 5131 tests réalisés en milieu africain sénégalais.  
 Afr. Méd , 1984 n° 220 (295 \_ 318)
4. **AFOUTOU J.M. , SEURAT . P.C et ANTHONIOZ PH.  
 D<sup>r</sup> SCHANTENE LEIRE (Y), TOURE P. CORRE.A**  
 Résultats d'un essai de dépistage, cytologique des lésions du col utérin dans l'agglomération dakaroise.  
 Communication SMALF. Séance du 2 Avril 1984 Dakar.
5. **AKAKPO Y.A**  
 Etude analytique de 4795 tests de Papanicolaou systématiques effectués chez des femmes blanches européennes et libanaises en milieu africain au Sénégal  
 Thèse Médecine, Dakar 1985 n° 39.
6. **ARON E.**  
 La prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus.  
 Rev. de Méd. Tours, 1966, 7, 67, 423 - 438.

7. **ARON E.**  
Dépistage des cancers gynécologiques, une expérience  
tourengelle. Dépistage de cancer. Premier symposium  
international. Spa, 1968. P 699 - 702.
  
8. **BAUDET JH. et SEGUY. B.**  
Révision accélérée en gynécologie  
2ème édition maloine s.a. éditeur (1983)
  
9. **BAYO (S) et Dr PARKIN**  
Paris 232 - 236 - 1983  
Cancer au Mali - 1986
  
10. **BERAL (V)**  
Cancer of cervix : a Sexually Transmitted Infection ?  
Lancet, 1974 1 1037 - 1040.
  
11. **BIBBO H. KEEBLER. C. H et WIED. G.C**  
Prevalence and incidence rates of cervical atypia  
J. Rep. Med. 1971, 6, 79.
  
12. **BOUFFARD et Coll**  
Cancers du col utérin au stade avancé observés à l'Hopital  
Principal de Dakar.  
Méd. Afr. Noire, 1978, 25, 3, 157 - 158.
  
13. **BOUREL H**  
Cancer utérin et oestrogénothérapie au long cours  
Rev. Franç. Gyn. Obst. 1966, 12, 928.
  
14. **BOYCE J.C., LU.T., NELSON J.H et FRUCHTER R.G.**  
Oral contraceptive and Cervical carcinoma  
Am. J. Obst. Gyn., 1977, 128, 7, 761 - 766.
  
15. **CANCER IN FIVE CONTINENT**  
World health Organization 1983.

16. **CHAZARA. H. FETISSOF. H. LANSAC. H. SANGIO. H.**  
Le cancer du col, un cancer que l'on peut prévenir.  
Gynéco-Obst. Prat. 1981 n° 14 p. 41.
17. **CHRISTOPHERSON , W.M. et PARKER. J.E**  
Le rapport entre le cancer du col utérin et le mariage  
précoce et la gestation.  
New Engl. J.Mede. , 1965, 273, 235-239
18. **CLYDE . E. MARTIN**  
Marital and coital factors in cervical cancer Am .J. of  
Public Health, 1967, 57,5 , 803-814
19. **CORREA. P. TOURE. P. A. DIAB**  
Le Cancer du col utérin en milieu africain à Dakar étude  
retrospective de 411 cas observés à l'institut du Cancer.  
Dakar Médical, 1981, 26, 1 , 59-70.
20. **DAVIES J-N.P.**  
The patterns of African cancer in Uganda  
E.Afr-Med. J. , 1961, 38, 486-491
21. **DENOIX P**  
Prevention et dépistage des cancers.  
La Revue du praticien, 1968, 18, 9 , 1213-1227
22. **DENOIX P. ET SCHLUMBERGER. J-J**  
Le Cancer chez le Noir en Afrique Française.  
Acta U.I.C.C. , 1957, 13, 6, 911-918
23. **DIEDHIOU H. T.**  
Résultats d'un essai de dépistage des lésions du col utérin  
par le test colpocytologique de Papanicolaou  
Au CH.M. ABASS N'DAO.  
A propos de 518 cas  
Thèse Médecine. Dakar 1983 n° 125

24. **DUCAN. J.T.K**  
Cancer Problems in Lagos.  
West. Afr. Méd. J.. 1968. 17. 3. 96-101
25. **E.M.C. Gynécologie**  
Edition Techniques 1985.  
74 C20 P = 7
26. **E.M.C. Gynécologie**  
Edition Techniques 1990.  
600 A20 60 à 600 A20
27. **FREEDMAN R.S., JOOSTING A.C., RYAN. J.T et NKONI S.**  
Herpès virus hominis antibodies in African Women with  
cervical carcinoma in Johannesburg (In press).
28. **GAGNON. F.**  
Contribution to study of étiology and prevention of cancer of  
cervix utéri  
Am. J. Obst. Gyn., 1950, 60, 516-522
29. **HANDLEY. W.S.**  
Prévention of cancer  
Lancet, 1936, 1, 987.
30. **HENRION R.**  
Grossesse - Dysplasies - Cancers  
Rev. du Prat. 1967, 17, 16, 2353-2359
31. **HIGGINSON J. et OETTLE A.G.**  
Cancer incidence in the Bantu and cape Coloured races of  
south Africa. Report of a cancer survey in the Transvaal,  
1953 - 1955  
J. Nat. Cancer instit., 1960, 24, 598-671
32. **JUSSAWALLA D.J**  
Cancer incidence patterns in the subcontinent of India  
Proc. Roy. Soc. Méd., 1973, 66, , 308-312

33. **KESSLER I. I**  
Cervical cancer épidémiology in historical perspective  
J. Rep. Méd., 1974, 12, 5, 1173-1185
34. **KOSLSTAD (P)**  
Carcinoma in the cervix stage Ia  
Diagnostic and Treatment Am. J. Obst. Gynec. 1969  
104 (7) 1015 - 1022
35. **KOTTMEIER H. L**  
Annual report on the results of treatment in carcinoma of the  
uterus, vagina and Ovary  
Kottmeier. Edit., Stockholm, 1973
36. **HAILLET. M ANTHONIOZ PH**  
Le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus par des  
examens systématiques par la fondation Métadier. Rev. Méd.  
Tours 1971. 5, 1, P 29-32
37. **HALIPHANT. R. G**  
The Incidence of cancer  
Brit. Méd. J., 1949, 1, 778-814
38. **MARTIN C. E**  
Marital and coital factors in cervical cancer  
Am. J. Public Health 1967, 57, 803-881
39. **HEISEL. A.**  
Rôle des facteurs exogènes dans la génèse des lésions  
intra-épithéliales du col utérin  
Arch. Anat. Cytol. Path. 1976. 24 87 - 92
40. **HILLER D. F**  
The impact of hormonal contraceptive therapy on a community  
and effets on cytopathology of the cervix.  
Am. J. Obst. Gynéco., 1973, 155-978

41. **HGBAKOR A.C.**  
Le Cancer du col utérin en Côte d'Ivoire  
Etude antomo-clinique et épidémiologique de 166 cas.  
Perspectives pour l'avenir.  
Thèse Médecine, Abidjan. 1976.
42. **HOGHISSI K.S., HACK.H.C. et PORZAK J.P.**  
Epidemiology of cervical cancer.  
Am. J. Obstet. Gynec., 1965, 100 607.
43. **NONPELLIER J.M et BONAFOS. M.**  
Le cancer de l'utérus chez la jeune algérienne.  
Bull. Alg. Cervical. 1952, 14, 133-138.
44. **HOUNKORO Niany**  
Cancers génitaux au MALI  
Thèse de Médecine 1985 n° 12.
45. **NATRASS et COLL**  
A survey of carcinoma of the cervix in Western australia over  
the 10 years period 1956 - 1965  
Aust. N.Z Obst. Gyn 1972 12 (4) 231 - 236
46. **N'DIAYE P.D. et QUENUH. C**  
Etude rétrospective de 675 cancers génitaux et mammaires  
observés à l'hôpital A. Le DANTEC.  
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire de Langue Française 1970  
15, 4, 652 - 665
47. **NELSON I.C. et Coll**  
Carcinoma of the uterine cervix.  
A study of 864 patients  
Cancer Philad. 1977 20 (1) P 86 - 92
48. **PEREYRA A.J.**  
The relationship of sexual activity to cervical cancer ;  
cancer of the cervix in a prison population.  
Obstet. Gynec., 1967, 17, P 154

49. **PHAM-BIEU-TAM et DAO-DUC-HOANH**  
Epidemiologie du cancer au Viet-Nam  
éd. Afr. Noire, 1964, 11, 423-426
50. **PLUMMER G., VANER. J.L. et BOWLIN. C.P**  
Comparative studies of type, and type 2 herpes simplex virus.  
Brit. J. Exp. Path. 1968, 49 202-208
51. **PRATES. H.D**  
Malignant néoplasms in Mozambic  
Brit. J. cancer, 1958, 12, 2, 177 - 194
52. **QUENUH. C., CAMAIN. R. et BAYLET R.**  
Epidémiologie et pathologie géographique du cancer en Afrique  
Méd. Afr. Noire, 1971, 18, 3, 165 - 188
53. **RAWLS W.E., HELNIER J.L et GREEN J.H**  
Herpes type 2 antibodies and carcinoma of the cervix.  
Lancet, 1970, 2, 1142 - 1143
54. **RIOTTON G. CHRISTOPHERSON. W.N.**  
Cytologie de l'appareil génital féminin, Classification  
histologique internationale des tumeurs n° 8 - Genève -  
O.M.S. 1973
55. **RICHART. R.M. et KOSS L.G.**  
Some new concepts of genes and behavioe of carcinoma in situ  
and related lesion of the uterin cervix  
Rec - Int - Nat. Cancer, 1964, 16, 368 - 371
56. **ROBERT H.G., PALMER R. et BOURY - HEYLER C. COHEN. J**  
Précis de gynécologie 2é édition  
Masson, 1979 P. 578 - 600
57. **ROJEL. J.**  
Uterine cancer and syphilis  
Danish. Méd. Bull., 1955, 2, 118 - 123

58. **ROTKIN I. D.**  
Rapports entre le coit à l'âge de l'adolescence et le risque de cancer du col.  
J. Amer. Méd. Ass., 1962 179, 27, 603 - 607
59. **ROUQUETTE C. et GUILLOUX A**  
Fréquence et répartition des cancers du col utérin  
Revue Prat, 1967, 17, 16, 2261 - 2268
60. **ROYSTON; I. ET AURELIAN. L**  
The association of genital herpes virus with cervical atypia and carcinoma in situ  
Am. J. Epidemiol., 1970, 91, 531
61. **SCHONIG G.**  
Die welblichen genitallavzinom bei sexueller en thalt - samkeit.  
Strahlen therapie, 1953, 92 156 - 158
62. **SERAFINO. X. et TOSSOU. H.**  
La chirurgie des cancers du col utérin en milieu africain.  
IIIè Journées Médicales de Dakar. Actualités - Médico - Chirurgicales.  
Séance du 19 Décembre 1960 In : Méd Afr. Noire.
63. **SHANTA V. et KRISHNANURTI. S.**  
The aetiology of carcinoma of the uterine cervix in south India.  
A preliminary report  
Brit. J. cancer, 1969, 23, 4, 693 - 701
64. **SIHON. E. MENYE. P. A. SANOU. A.**  
Cancers utérins : les femmes à risque.  
Afrique Santé 1985 n° 48 P 38-40
65. **STADLER G. E**  
Cancer du col chez une vierge de 17 ans  
Geburtsh. Cl. Frauenheilk. 1966, 26, 2, 257 - 260

66. **STERN E. CLARK V.A. et COFFELT C.F**  
 Contraceptive methods : selective factors in a study of  
 dysplasia of the cervix.  
 Am. J. Pub. Health, 1971, 61, 553
67. **STOCKS. P**  
 Cancer of the uterine cervix and social conditions.  
 Brit. J. cancer, 1955, 9, 487 - 494
68. **SYLLA. Y.**  
 Contribution à l'étude anatomo - clinique du cancer du col  
 utérin à propos de 41 cas  
 Thèse Médecine Bamako 1980 n° 86
69. **TERRIS. H., WILSON. F., SMITH H. SPUNG E. et NELSON.  
 J.**  
 The relationship of coitus to carcinoma of the cervix.  
 Am. J. Pub. Health, 1967, 57, 5, 840- 846
70. **TUYNIS A.J et RAVISSE. R.**  
 Cancer in Brazzaville, the Congo.  
 J. Nat. Cancer Inst., 1970, 44, 5, 1121 - 1127
71. **VARANGOT. J.**  
 Cancer du col utérin. Stade Intra. épithelial.  
 E.MC. - Gyn. - Tome 3, 1967, 597 - 610
72. **WYNDER. E.L., CORNFIELD B.S., SCHROFF. P.D et  
 DORAISWANI K.R**  
 A study of environmental factors in carcinoma of the cervix.  
 Am. J. Obstet. Gynec., 1954, 68, 4, 1016 - 1052
73. **VERRHAEGHE. (H) DAPT (G). LAURENT (J.C)**  
 Résultats du traitement de 489 cancers  
 du col uterin au stade II  
 Gynécologie 1974 25 (4) 353 - 358

74. **WYPLOSZ J. , VILLEDIEU. R. , AUVER J.F et SOULOY. J.**

Cancer du col utérin

La vie Médicale, 1979, 4, 231 - 238

75. **YOUNSI. A.**

Contribution à l'étude du cancer du col utérin en Algérie.

Thèse Médecine, Alger 1971, n° 11.

# ANNEXES

**FICHE D'ENQUETE SUR LE CANCER DU COL UTERIN****IDENTITE DE LA MALADE**

NOM

PRENOM

AGE

PROFESSION

ETHNIE

MOTIF DE CONSULTATION

HISTOIRE DE LA MALADIE

**ATCD GYNECOLOGIQUES**

Age au moment du mariage

Age au moment de la puberté

Age au moment du premier rapport sexuel

Notion de multiplicité de partenaires sexuels

Notion d'infection génitale

**ATCD OBSTETRICAUX**

Age au moment du premier accouchement

Nombre total d'accouchements

**NOMBRE D'AVORTEMENT****NOTION DE CONTRACEPTION HORMONALE****ATCD MEDICAUX**

HTA

ICTERE

DIABETE

TUBERCULOSE

ASTHME

PHLEBITE

AUTRES

**STADE EVOLUTIF DU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

STADE 0

STADE I

STADE II

STADE III

STADE IV

**ETAT GENERAL DE LA PATIENTE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC**

- BON
- MOYEN
- MAUVAIS

**CONDUITE THERAPEUTIQUE****- Malade hospitalisée**

Date d'hospitalisation

Date de sortie

Date de décès

**- Malade non hospitalisée**

Traitements subits

Traitement médical

- Antianémique
- Antihémorragique
- Antibiotique
- Antalgique
- Antiseptique local

**TRAITEMENT CHIRURGICAL**

Wertheim type I

Wertheim type II

Wertheim type III

Wertheim type IV

Wertheim type V

Protocole opératoire

Suites opératoires

Observations à la sortie

## 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 leur père.

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

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