

Research Article,

Aspects Epidémiologique, Anatomoclinique Et Thérapeutique Des Lésions Precancéreuses Et Cancéreuses Du Col Uterin A Bamako, Mali

Epidemiological, Anatomoclinical and Therapeutic Aspects of Precancerous and Cancerous Lesions of the Uterine Collar in Bamako, Mali

Auteurs: Konaté A^{1*}, Keïta M², Tembiné I¹, Koné D⁴, Sissoko SB², Coulibaly B², Sow AA², Maïga R² ; Traoré CB² ; Kamaté B², Tegueté I³, Mounkoro N³, Bayo S⁵.

1 : Centre de Santé Communautaire Universitaire (CSCoM U) de Ségué, Mali

2 : Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du C.H.U. du Point G Bamako, Mali;

3 : Service gynécologie et obstétrique du C.H.U Gabriel Touré, Bamako, Mali.

4 : Centre de santé de Référence de la Commune I, Bamako, Mali.

5 : Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de la polyclinique Pasteur-Bamako, Mali.

Correspondance : Dr Aboubakary KONATE, CSCoM U de Ségué, Bamako – Mali ;

Tel: (00223) 66562052/77437579 ; Email : aboubakarykonate@gmail.com

Received: 06th June | Accepted: 17th June 2020 | published: 20th June 2020

Résumé :

Introduction : Cette étude avait pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques, anatomocliniques et thérapeutiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Bamako. **Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à caractère prospectif réalisée aux Centres de Santé de Références (CSRef) des communes IV, V, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré et au CHU du Point G à Bamako. Elle s'est déroulée du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2012. Elle a porté sur 2027 femmes dépistées par IVA/IVL±Biopsies. Au cours du traitement les patientes ont été suivies pendant un an. Les données ont été collectées sur une fiche individuelle de Centre International recherche sur le Cancer (CIRC), saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 10.0. **Résultats :** L'âge moyen des femmes était de 39,42 ans. Elles avaient un âge compris entre 37-46 ans dans 29,4% des cas. Le test à l'IVA était positif dans 12,3% contre 13,9% pour le test à l'IVL sur les 2027 femmes dépistées. Les cas suspects de cancer du col étaient de 82 (4%) pour chacune des deux observations. Sur les 366 (18,1%) biopsies réalisées, les LIEBG (néoplasie intra cervicale (CINI)) étaient de 24,31% ; les LIEHG étaient de 18% (CIN2=12% ; CIN3=6%) ; le cancer invasif était de 26,6% (carcinome épidermoïde = 25% ; adénocarcinome = 1,6%). Nous avons trouvé une prédominance de la dysplasie de bas grade dans la tranche d'âge 27-36 ans avec 31,83%, la dysplasie de haut grade dans la tranche d'âge 37-46 ans avec 22,44% et le cancer invasif dans la tranche d'âge 47-56 ans avec 40,78%. Les nulligestes et les paucigestes étaient respectivement de 71,63% et 18,89%. Sur les 201 polygames positives, le cancer invasif était de 30,84% contre 20,39% de dysplasies de bas grade et 17,91% de

dysplasies de haut grade. Chez les 136 patientes utilisant une méthode de contraception, nous avons trouvé le cancer invasif dans 13,97% contre 28,67% de dysplasies de bas grade et 19,85% de dysplasies de haut grade La RAD a été le plus souvent l'alternative thérapeutique dans 25,2%. Après 1 an de suivi, sur les 242 patientes traitées, nous avons obtenus 17% de régression spontanée, 22,3% de cicatrisation complète ; 6,6% en cours de cicatrisation ; 12,8% de cas de décès ; 15% des cas perdus de vues. **Conclusion :** Les méthodes d'inspections visuelles sont des tests simples, permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. La prise en charge des lésions précancéreuses est facile, mais s'il s'agit du cancer invasif, les difficultés du traitement sont liées au stade clinique et à l'insuffisance du plateau technique.

Mots clés : Col utérin, lésions dysplasiques et cancéreuses, IVA, IVL, Bamako, Mali.

Abstract:

Introduction: The objective of this study was to determine the epidemiological, anatomo-clinical and therapeutic aspects of precancerous and cancerous lesions of the cervix in Bamako. **Materials and methods:** This was a descriptive and analytical cross-sectional study of a prospective nature carried out at the Reference Health Centres (CSRef) of Communes IV, V, the University Hospital Centre (CHU) of Gabriel Touré and the University Hospital of Point G in Bamako. It took place from January to December 2012. The data was collected on an individual sheet from the International Agency for Research on Cancer (IARC), entered and analyzed using SPSS 10.0 software. **Results:** The average age of women was 39.42 years. They were between 37-46 years of age in 29.4% of cases. The IVA test was positive in 12.3% versus 13.9% for the IVL test on the 2027 women screened. Suspected cases of cervical cancer were 82 cases (4%) for each of the two observations. Of the 366 (18.1%) biopsies performed, LIEBG (intra cervical neoplasia (CINI)) was 24.31%; LIEHG was 18% (CIN2-12%; CIN3-6%); invasive cancer was 26.6% (squamous cell carcinoma: 25%; adenocarcinoma: 1.6%). We found a predominance of low-grade dysplasia in the 27-36 age groups with 31.83%, high-grade dysplasia in the 37-46 age groups with 22.44% and invasive cancer in the 47-56 age group with 40.78%. The nulligestes and paucigestes were 71.63% and 18.89% respectively. Of the 201 positive polygamists, invasive cancer was 30.84% versus 20.39% of low-grade dysplasias and 17.91% of high-grade dysplasias. In the 136 patients using a contraceptive method, we found invasive cancer in 13.97% compared to 28.67% of low-grade dysplasias and 19.85% of high-grade dysplasias RAD was most often the therapeutic alternative in 25.2%. After 1 year of follow-up, out of the 242 patients treated, we obtained 17% spontaneous regression, 22.3% complete healing; 6.6% in the process of healing; 12.8% of deaths; 15% of cases lost. **Conclusion:** Visual inspection methods are simple tests that effectively detect precancerous and cancerous lesions of the cervix. Management of precancerous lesions is easy, but if it is invasive cancer, the difficulties of treatment are related to the clinical stage and the lack of the technical plateau.

Keywords: Uterine cervix, dysplastic and cancerous lesions, IVA, IVL, Bamako, Mali.

Introduction: Le cancer du col utérin est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique, et autonome qui se développe aux dépens du col de l'utérus [1]. Les deux formes les plus fréquentes

sont : le carcinome épidermoïde ou squameux le plus fréquent, et l'adénocarcinome plus rare [2]. Les infections aux papillomavirus humains (HPV) en particulier à ceux appartenant aux génotypes à haut risque oncogène (HPV16, 18, 31, 33, 35, 39,

45, 51, 52...) sont fortement associées à l'apparition des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. [3]. A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer chez les femmes avec une fréquence de 15% après celui du sein [4,5]. Au Maghreb le cancer du sein a pris la 1^{ère} place comme dans les pays occidentaux, le cancer du col utérin est devenu beaucoup moins fréquent avec une incidence de 2,4% [6]. En Afrique subsaharienne francophone le cancer du col utérin est très fréquent avec une incidence de 15,5% [6]. Au Mali, il vient en première position, avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour 100 000 habitants [1]. Dans nos pays, près de la moitié des cancers du col ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [7]. Ce qui est regrettable pour un organe aussi accessible à l'exploration, et au traitement. L'objectif de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, anatomoclinique et thérapeutiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Bamako (Mali).

Matériel et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à caractère prospectif réalisée dans différentes structures de santé à savoir les Centres de Santé de Références (CSRef) des communes IV, V , le CHU Gabriel Touré en collaboration avec le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G de Bamako. Elle s'est déroulée sur une période d'une année allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2012. Elle a porté sur 2027 femmes vues dans les centres de dépistages respectifs. Ont été incluses dans l'étude les femmes ayant eu un ou des rapports sexuels, âgées de 17 ans à 90 ans, ayant donné leur consentement libre et éclairé. Nous avons appliqué de l'acide acétique dilué à 5% (IVA) et le lugol (IVL) sur le col utérin puis, visualisé à l'œil nu. Les cols significativement positifs ont fait l'objet d'une biopsie sous colposcopie. Les fragments de biopsie ont été immédiatement fixés dans du

formol à 10%. Les fragments de biopsie ont été soumis aux procédures de techniques standard et la lecture a été faite au microscope optique par le pathologiste. La prise en charge des lésions diagnostiquées à l'histologie a été la surveillance pour certaines CIN I, la cryothérapie, la résection à l'anse diathermique (RAD), la chirurgie et le traitement palliatif en fonction du stade évolutif des lésions. Les patientes ont été revues à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois puis à un an. Le test final de confirmation a associé la colposcopie et la biopsie chez les patientes retenues. Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête individuelle de type CIRC pour chaque patiente. La saisie et l'analyse ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 10.0. Comme test statistique, nous avons utilisé le test exact de FISHER avec seuil de signification $p < 0,05$.

Résultats :

L'âge moyen des femmes était 39,42 ans. La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 37-46 ans avec 29,4% des cas. Les nulligestes et les paucigestes représentaient respectivement 71,63% et 18,89% contre 1,23% pour les grandes multigestes. Les tests IVA et IVL étaient respectivement, positifs chez 249 patientes (12,3 %) et 282 patientes (13,9%). Dans 82 cas (4%) nous avons trouvé la suspicion de cancer pour chacun (Tableau I et II).

Tableau I: Répartition des femmes dépistées selon le résultat de l'IVA.

Résultat IVA	Effectif	%
Négatif	1696	83,7
Positif	249	12,3
Suspicion de cancer	82	4
Total	2027	100

Tableau II: Répartition des femmes dépistées selon le résultat de l'IVL.

Résultat IVL	Effectif	%
Négatif	1663	82
Positif	282	13,9
Suspicion de cancer	82	4
Total	2027	100

Les lésions précancéreuses représentaient 42,88 % contre 26,77% de lésions cancéreuses. Chez les patientes polygames, nous avons trouvé le cancer invasif dans 30,84% contre 20,39% de dysplasies de bas grade et 17,91% de dysplasies de haut grade ($\chi^2=29,11$; $p=0,07$). Chez les patientes qui utilisaient une méthode de contraception, le cancer invasif représentait 13,97% contre 28,67% de dysplasies de bas grade

et 19,85% de dysplasies de haut grade ($\chi^2=31$; $p=0,06$). La dysplasie de bas grade était prédominante dans la tranche d'âge 27-36 ans avec 31,83%, la dysplasie de haut grade dans la tranche d'âge 37-46 ans avec 22,44% et le cancer invasif dans la tranche d'âge 47-56 ans avec 40,78% ; Nous avons trouvé un lien statistique significatif entre l'âge et l'évolution des lésions. ($\chi^2=184,08$; $p=0,00$) (Tableau III).

Tableau III: Répartition des femmes dépistées selon la tranche d'âge et le type histologique.

Diagnostic histologique	Tranche d'âge							Total
	17-26 ans	27-36 ans	37-46 ans	47-56 ans	57-66 ans	67-76 ans	77 ans et plus	
Inflammation/cervicite	9	20	15	7	1	0	0	52
Atypie	1	0	0	0	1	0	0	2
CINI/infection à HPV	16	32	23	15	3	0	0	89
CIN2	8	13	14	8	2	0	0	45
CIN3	2	8	8	5				23
Cancer invasif à cellules squameuses	8	10	20	26	16	7	5	92
Adénocarcinome	0	0	1	5	0	0	0	6
Non disponible	6	18	17	10	3	3	0	57
Total	50	101	98	76	26	10	5	366

En fonction du diagnostic histologique nous avons trouvé 24,31% de LIEBG ; 18% de LIEHG (CIN2=12% ; CIN3=6%) et 26,6% de cancer invasif (carcinome épidermoïde = 25% ; adénocarcinome = 1,6%) (Figure 1).

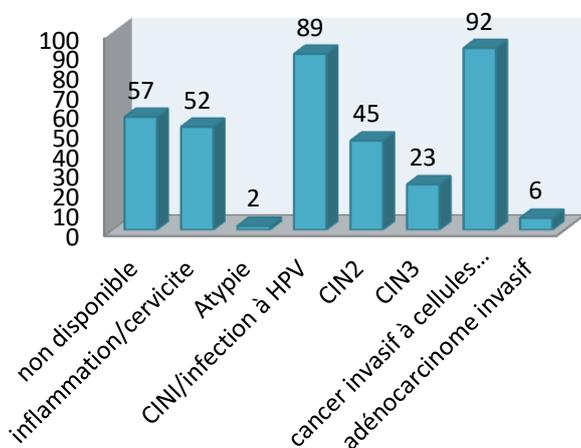


Figure 1: Résultats histologiques des biopsies réalisées.

Le traitement non chirurgical notamment la RAD et la cryothérapie représentait 25,2% et 6,2%. Le traitement chirurgical (hystérectomie) représentait 16,1% (dont 2,89% référées dans un autre pays de leur choix après l'hystérectomie afin de réaliser la radiothérapie) ; 28% des lésions étaient simplement surveillées ; 24,4% de traitements palliatifs.

Après 1 an de suivi, 17% des lésions régresaient de façon spontanée, 22,3% des lésions se cicatrisaient de façon complète ; 6,6% des lésions étaient en cours de cicatrisation. Nous avons enregistré 12,8% de décès et 15% de pertes de vue (Figure 2).

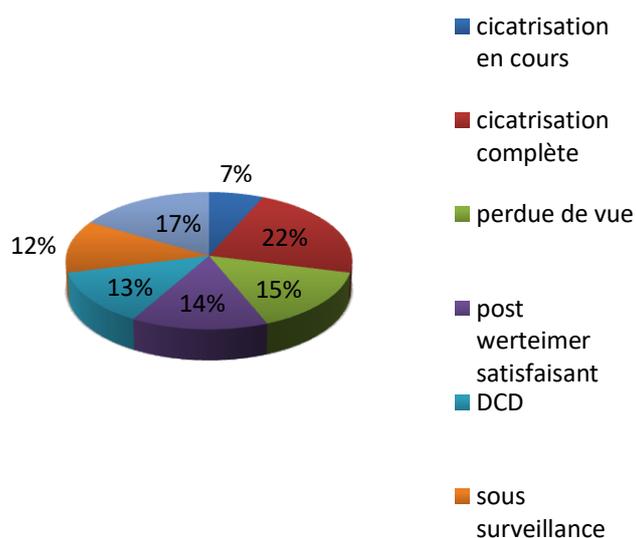


Figure 2 : Répartition des femmes traitées selon la suite des traitements

Discussion :

Dans notre étude l'âge moyen était de 39,2 ans [17 ans à 90 ans]. Nos résultats se rapprochent de ceux de Sandjong et al en 2015 au Cameroun avec un âge moyen de 44 ans [20 ans à 85] [8]. L'IVA était positive dans 16,3% des cas et L'IVL était positive dans 17,9% des cas. Ces taux sont supérieurs à ceux de Sandjong et al qui ont trouvé 1,9 % (IVA positive) et 4,8% (IVL positive) [8]. A la colposcopie nous avons trouvé 53,53% de LIEBG 15,21% de LIEHG et 25% de cancer invasif. Nos résultats diffèrent de ceux de Sandjong et al qui ont trouvé 85,2% de CIN1, 13% de CIN2-3 et 1,6% de cancer invasif [8]. A l'histologie, 24,31% des lésions étaient de LIEBG ; 18% des lésions étaient de LIEHG; 26,6% des lésions étaient de cancer invasif (carcinome épidermoïde = 25% ; adénocarcinome = 1,6%). Ces résultats diffèrent de ceux de Sandjong et al qui ont trouvé 3,27% de carcinome invasif [8] et de Boublenza et al qui ont trouvé LIEBG 36,8%, LIEHG 13,3% ; carcinome épidermoïde = 1,5% ; adénocarcinome = 1,9% [9]. Cependant ils se rapprochent de ceux de Édith et al qui ont trouvé 23,8% de carcinome épidermoïde [10]. Les LIEBG et LIEHG étaient respectivement prédominantes dans la tranche d'âge 27-36 ans et 37-46 ans et le cancer invasif dans la tranche

d'âge 47-56 ans. Ces résultats sont superposables à ceux de Édith et al qui ont trouvé un âge moyen de 46 ans [28 à 55 ans] pour les lésions intra épithéliales et 50,4 ans [27 à 70 ans] pour le cancer invasif [10]. Nous avons enregistré 25,2% de RAD, 6,2% de cryothérapie; 16,1% de chirurgie et 28% de surveillance. Après 1 an de suivi nous avons observé 17% de régression spontanée, 22,3% de cicatrisation complète ; 6,6% en cours de cicatrisation ; 12,8% de décès; 15% de pertes de vue. Sandjong et al ont réalisé la thermo coagulation diathermique chez 60 patientes (98,3%) contre 1,63% de chirurgie. Après 1 an de suivi 21 femmes (95,46 %) des 22 femmes suivies ont été déclarées guéries, 63,9% ne se sont pas présentées au contrôle [8]. Les pertes en vue constituent un souci dans les deux études. Dans notre étude le fait de mettre 28% des cas sous surveillance et obtenir 17% de régressions spontanées est conforté par Blumenthal et al qui trouvent que 60% des lésions CIN1 régressent spontanément en 2 ans, moins de 9% de CIN1 évoluent vers CIN3 en 2 ans de suivi, une surveillance stricte en cas de CIN1 est souvent recommandée [11].

Conclusion :

Le cancer du col, bien qu'il soit l'un des cancers les plus faciles à prévenir, occupe encore la première position des cancers féminins au Mali, il reste donc un problème majeur de santé publique. Les méthodes d'inspections visuelles sont des tests simples, permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin, La prise en charge de ces lésions est facile, mais s'il s'agit du cancer invasif. Les difficultés du traitement sont liées au stade clinique et à l'insuffisance du plateau technique. L'instauration des centres de dépistages, jusqu'à la prise en charge est le meilleur moyen pour réussir un bon programme de dépistage.

References Bibliographiques:

1. Traoré CB, Coulibaly B, Kamaté B et al. Le cancer à Bamako de 2002 à 2012 : données

- du registre des cancers. Rev Afr de pathol 2012 ; 11(1) : 3-8.
2. ANAES. Conduite à tenir thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin dépistée au cours d'un frottis du col de l'utérus. ANAES/Service des Recommandations professionnelles/Septembre 1998 ; 29-60.
 3. Konaté A, Sissoko SB ; Coulibaly B et al. Génotypage des Virus du Papillome Humain (VPH/HPV) dans les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Bamako (Mali). Mali sante publique 2019, TOME IX, N° 001 :49-52.
 4. Nubia Munoz et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. N Engl J Med 2003; 348: 518-527.
 5. Baldauf JJ, Drefus M, Ritter J, Philippe E. An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. Acta obst et gynecol Scand 1997; 76: 468-473.
 6. <https://www.iccp-portal.org/ressources/les-cancersen-afrique-francophone>.
 7. Chirenje ZM, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S, Gaffikin, Blumenthal P, Sanghv1. Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. Central African journal of medicine 1999; 2 (45): 30-33.
 8. Sandjong Tietchou, Sando Z et al. Évaluation de la Prise en Charge des Lésions Précancéreuses du Col Utérin selon l'Approche « Voir et Traiter » Health Sci. Dis: Vol 16 (4) October – November - December 2015.
 9. Boublenza L, Moulessehou S et al. Analyse des activités de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région de l'ouest Algérien entre 2007 et 2011. J Afr Cancer 2013 ; 5:11-15.
 10. Édith M, Mahinè I et al; Intérêt de l'inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de lugol avec colposcope dans le dépistage des lésions du col utérin au Gabon. Pan African Medical Journal 2015; 22:165 doi:10.11604/pamj.2015.22.165.7038.
 11. Blumenthal PD, Lauterbach M, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. Int J Gynaecol Obstet off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2005 May; 89 Suppl 2:S30–37.