REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2022 **N° 2416**

CANCER DU COL DE L'UTERUS AU CHU-MEL DE COTONOU DE 2017-2021 : EPIDEMIOLOGIE, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET PRONOSTIC.

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

Par

GANDJETO Silvère

Né le 15 Juin 1996 à ZA-KPOTA (R. Bénin)

Sous la direction de :

DIRECTEUR

MCA SAIZONOU Jacques

CO-DIRECTEURS

Pr TONATO BAGNAN Angéline

Dr DANGBEMEY D. Patrice

PRESIDENTE DU JURY

Pr TONATO BAGNAN Angéline

MEMBRES DU JURY

MCA AGUEMON Badirou

MCA SAIZONOU Jacques

Année académique : **2020-2021**

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N/1386/2021/UAC/FSS/VD Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SSE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconou Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr DALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16.	Dr JOUBERNOU Eugène.....	Anesthesie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse.....	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gpadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24.	Dr [illegible]	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32.	Dr ALADE [illegible]	Pharmacologie Clinique

LE DOYEN

Source : Service du Personnel

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angele	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr [illegible]	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ARCHIVE 2021

Source : Service du Personnel

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	[illegible]	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27.	Dr SEHOU Fabrice	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK 4/10

Source : Service du Personnel

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle epouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. Dr [illegible] PONTO [illegible]	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

MBK 5/10

Université d'Abomey-Calavi • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ • LE DOYEN

Source : Service du Personnel

EMERITES

1- Dr [illegible] Soulèymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr [illegible] Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10- [illegible]	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique.-Burkina Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Professeur de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Professeur de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition

MAK

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins Infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
[illegible]	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Abdel	Nutrition
18- Mr KADI Christophe	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline	Nutrition

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

SPECIMEN 2021

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr [illegible]	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr ADJOU M[illegible]	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK 9/10

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Le Doyen,

01/12/21

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

DEDICACES

FAIS DE L'ETERNEL TES DÉLICES, ET IL TE DONNERA CE QUE TON CŒUR DÉSIRE. RECOMMANDE TON SORT À L'ETERNEL, METS EN LUI TA CONFIANCE ET IL AGIRA. IL FERA PARAITRE TA JUSTICE COMME LA LUMIÈRE, ET TON DROIT COMME LE SOLEIL À SON MIDI…

PSAUMES 37 : 4-6

- **A Dieu le Père Tout Puissant**

Tu as été et tu resteras mon refuge. Merci Père créateur pour toute ma vie et pour ce travail qui n'aurait abouti sans toi ; merci pour tes projets pour moi. Merci pour tes bienfaits dans ma vie et celle de ma famille. Dans les moments difficiles, tu m'as tendu la main et tu m'as toujours montré le chemin à suivre ;

Que ton nom soit loué à jamais !

- **A mon feu père GANDJETO Gaston**

Tout comme toi, j'aurais tant aimé que tu sois présent pour partager cette joie et cette fierté pour lesquelles tu ne cessais de prier. Hélas Dieu t'a rappelée un peu trop tôt. Tes conseils, ton soutien et ta rigueur dans l'éducation de tes enfants ont été bénéfiques. Pour ce brave homme et combattant que tu as été, vues les expériences de ta vie, tu m'as montré le vrai chemin de la réussite. Aujourd'hui, même si tu n'es plus, ce travail t'est particulièrement dédié.

Vis en paix papa !

- **A ma chère et tendre mère KANLINDEDJI Catherine**

Merci pour tout l'amour et pour la confiance que tu me portes. Je sais que je un fils timide difficile à appréhender mais tu as toujours su respecter et me guider dans mes choix, mes raisonnements. Tu es la seule qui me comprends vite à demi-mot sans contrainte ni pression dans mes choix. Merci de m'avoir enseigné la culture de la paix, la patience et l'endurance. Tu m'as comblé de ta tendresse et de ton affection tout au long de mon parcours. Je le suis infiniment reconnaissant et redevable. Autant de phrases aussi expressives et éloquentes soient-ils ne sauraient montrer la profonde gratitude et le degré d'amour que j'éprouve pour toi. Je t'aime Maman, tu es ma meilleure. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une parfaite santé pour m'accompagner davantage de tes prières, de ton amour, et de ton soutien. Amen !

Amour filial

- **A ma grand sœur ainée GANDJETO Tatiana**

Telle une seconde mère, tu t'es toujours occupée de moi. Je n'ai jamais été privée de ton amour du berceau jusqu'à ce jour. Tu m'as toujours comblée et soutenue. T'avoir comme grande sœur est une bénédiction. Si ce travail existe, c'est grâce à toi.

- **A mon grand frère NONKOU Noël**

Merci pour l'amour et la confiance que tu me témoignes. Tu as été toujours là depuis le début de cette nouvelle aventure. Ton soutien indéfectible et tes précieux conseils m'ont conduit à ce stade ultime. Je ne pourrai trouver de mots pour témoigner à juste titre ma reconnaissance. C'est le moment de te dire merci. Puisse Dieu renforcer les liens d'amour et de fraternité qui nous unissent.

Amour fraternel

- **A mes frères GANDJETO Thibaut, Judicaël, Quentin et Amédée**

Je me suis très vite séparée de vous pour mes études. Durant ces longues années, j'ai souffert de votre absence mais vous avez été toujours présents dans mon esprit. Vos encouragements et conseils m'ont beaucoup aidé. Je vous souhaite la réussite dans votre vie et le bonheur qu'il faut pour vous combler. Prenez ce travail comme vôtre.

Amour fraternel

- **A tous les membres des familles GANDJETO, KANLINDEDJI et NONKOU**

Proche ou loin de mes yeux, vous êtes toujours présent dans mon cœur.

Merci !

- **A mes oncles et mes tantes particulièrement Médard, Bernardin et Alexis, Expédit et Eric KANLINDEDJI ; Clément, Clémentine et Parfait NONKOU ; et GANDJETO Robert**

Je n'ai juste que les mots pour vous exprimer ma gratitude, puisse Dieu vous bénir et vous protéger. Merci pour votre soutien et vos prières.

- **A mes cousins et cousines ; amis et amies**

  Que Dieu vous garde pour que vous soyez des enfants qui font la joie de vos parents

- **A tous les membres de la direction de l'EFC**

  Que le seigneur vous bénissent abondamment

- **A tous mes frères et sœurs en Christ de l'EFC**

  Que le seigneur nous unissent davantage

HOMMAGES

A notre maître et Directeur de thèse, le Professeur Jacques SAIZONOU

Nous sommes honorés que vous ayez accepté d'assurer la direction de ce travail. Nous ne pourrions trouver l'expression la plus appropriée pour vous manifester notre reconnaissance. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté diriger notre travail. L'une de nos plus grandes joies restera certainement celle de vous avoir eu comme maître. Soyez assurée de toute notre estime et de notre profond respect. Trouver ici, l'expression de notre respectueuse considération et de notre profonde gratitude. Que le Seigneur vous donne une longue vie.

A notre maître et Co-directrice de thèse, le Professeur Angéline TONATO BAGAN

Cher maître, c'est un immense plaisir que vous nous avez fait en acceptant suivre ce travail. J'admire votre sérénité, votre simplicité et votre sens de la rigueur scientifique. Puisse Dieu vous accorder une longue vie et vous combler de ses grâces. Amen !

A notre Co-directeur de thèse l'assistant Docteur Djima Patrice DANGBEMEY

Vous êtes la raison principale d'être de ce document ; le roc sur lequel il a été bâti. Malgré toutes les difficultés rencontrées, vous vous êtes comporté avec nous comme un aîné ne visant que notre succès. Travailler à vos côtés a été une expérience bousculante, vivante et enrichissante. Vous êtes d'une grandeur d'âme sans pareil. Puisse le Seigneur vous fortifier et vous rendre chacun de vos bienfaits en multitudes de grâces pour le temps sacrifié, le sens de l'enseignement et l'abnégation sans faille ! Amen

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

ASCUS : Atypical Squamous Cells of Undeterminated Signifiance / anomalies des cellules malpighiennes de signification inconnue

AGUS : Atypical Glandular Cells of Undeterminated Signifiance / anomalies des cellules malpighiennes de signification inconnue

ATCD : Antécédent

CCC : Communication pour un Changement de Comportement

CHU-MEL : Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et Enfant Lagune

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga

CIRC : Centre International de la Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

CIN : Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale

CPN : Consultation Prénatale

CUGO : Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique

DES : Diéthylstilbestrol

DIU : Dispositif intra- utérin

FCU : Frottis Cervico Utérin

FIGO : Fédération internationale de gynécologie obstétrique

HPV : Human Papilloma Virus

HTA : Hypertension Artérielle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVA : Inspection Visuelle après application d'Acide acétique

IVL : Inspection Visuelle après application du Lugol

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

JPC : Jonction Pavimento-Cylindrique

KI : Cancer Invasif

LIEBG : Lésion Intra Epithéliale de Bas Grade

LIEHG : Lésion Intra Epithéliale de Haut Grade

LSIL : Low grade squamous intraepithelial lesion / Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade

OGE : Organes Génitaux Externes

OGI : Organes Génitaux Internes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLCC : Programme National de Lutte Contre le Cancer

RDV : Rendez-Vous

SCC : Squamous Cell Cancer

TAG : Transformation Atypique de Grade

TDM : Tomodensitométrie

TNM : Tumor Nodes Metastasis

UIV : Urographie Intra Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

ZR : Zone de Remaniement

ZT : Zone de Transformation

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I:Corrélation entre les terminologies dysplasies/carcinome in situ, néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) et la terminologie Bethesda..... 15
Tableau II: Classification clinique des cancers du col de l'utérus selon la Fédération internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) révisée en 2018. [8]..... 19
Tableau III: Répartition selon l'âge des patientes..... 48
Tableau IV: Répartition des patientes selon la profession..... 49
Tableau V: Répartition selon le niveau d'instruction 49
Tableau VI: Répartition des patientes en fonction de la pratique de la contraception 53
Tableau VII: Pathologies médicales associées..... 56
Tableau VIII: Délai à la consultation 57
Tableau IX: Résultats de l'IVA..... 57
Tableau X: Résultats de l'inspection visuelle au Lugol..... 58
Tableau XI: Compte rendu de la colposcopie 58
Tableau XII: Compte rendu du frottis cervico utérin..... 59
Tableau XIII: Répartition en fonction des signes fonctionnels..... 60
Tableau XIV: Etat général des patientes..... 61
Tableau XV: Appréciation de la vulve des patientes..... 61
Tableau XVI: Aspect du col utérin à l'examen au spéculum 62
Tableau XVII: Aspect de la paroi vaginale à l'inspection..... 62
Tableau XVIII: Répartition de la taille tumorale 63
Tableau XIX : Résultats du toucher vaginal 63
Tableau XX: Récapitulatif des touchers pelviens..... 64
Tableau XXI: Compte rendu de l'histologie..... 65
Tableau XXII: Répartition des patientes selon la réalisation du bilan d'extension 67

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon les résultats du bilan d'extension 67
Tableau XXIV: Compte du bilan de retentissement 68
Tableau XXV: Répartition des stades de FIGO 69
Tableau XXVI: Attitudes thérapeutiques 70
Tableau XXVII: Complications post chirurgicales 71
Tableau XXVIII: Survie à 3 ans selon le stade FIGO 74

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Histoire naturelle de l'infection à HPV oncogène 7
Figure 2 : Coupe sagittale du bassin féminin[11] 8
Figure 3 : Vue macroscopique du col de l'utérus[11] 9
Figure 4 : Epithélium exocervical (malpighien non kératinisant normal) [11] 11
Figure 5 : Dispositifs de prélèvement des frottis 23
Figure 6 : Prélèvement du frottis endocervical à l'aide d'une endobrosse 24
Figure 7 : IVA négative : zones blanc rosé ou blanc trouble, mal défini, aux contours flous se confondant avec le reste de l'épithélium. 34
Figure 8: IVA positive : 35
Figure 9: IVL négative : l'épithélium pavimenteux reste brun. 35
Figure 10 : IVL positive 36
Figure 11: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale 50
Figure 12: Répartition des patientes en couple en fonction de leur statut de partenaire 51
Figure 13 : Répartition des patientes en fonction de leur provenance 51
Figure 14: Répartition des patientes en fonction de l'âge de leur ménarche 52
Figure 15: Répartition des patientes selon l'âge du premier rapport sexuel 53
Figure 16: Age de survenue de la ménopause des femmes 54
Figure 17: Répartition des patientes en fonction de la gestité 54
Figure 18: Répartition en fonction de la parité des patientes 55
Figure 19: Notion d'antécédent familial de cancer 56

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES 4

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE 40

3. RESULTATS 47

4. DISCUSSION 76

CONCLUSION 94

RECOMMANDATIONS 95

REFERENCES 96

ANNEXES ..... A

TABLES DES MATIERES ..... H

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est un processus malin se développant aux dépens des cellules cervicales**[1]**. Il est caractérisé par une croissance incontrôlée et lente pouvant potentiellement devenir une maladie grave et mortelle. C'est un problème de santé publique de par son incidence et sa mortalité de plus en plus croissantes à l'échelle mondiale. Classé au deuxième rang des cancers gynécologiques de la femme après le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus constitue la deuxième cause de mortalité chez ces dernières. En Afrique sub-saharienne, le cancer du col de l'utérus constitue la première cause de décès par cancer. Selon Globocan 2020 604 127 (3,1%) nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 341 831 (3,4 %) décès par cancer du col de l'utérus ont été enregistrés dans le monde en 2020. Dans la même période, le Bénin a enregistré 560 (8,3%) nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 360 (7,9%) décès par cancer du col de l'utérus**[1]**. Selon **EGUE et al**, les données (2014-2016) du registre de cancer de Cotonou montraient que le cancer du col de l'utérus représentait 17% de l'ensemble des cancers de la femme**[2]**. Les causes de la surmortalité par cancer du col de l'utérus étaient : le diagnostic tardif avec 80% des cas découverts aux stades inopérables et 23% de traitements inappropriés**[3]**. La prise en charge du cancer aux stades évolués nécessite des soins spécialisés, lourds, onéreux et dans la majorité palliatifs. Malheureusement, le plateau technique répondant à ces spécificités est quasi inexistant dans la plupart des pays en Afrique au sud du Sahara, ce qui explique la forte mortalité par cancer du col de l'utérus. Or, le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers les plus accessibles au dépistage comme l'indique son histoire naturelle. Son principal facteur de risque reste la persistance de l'infection à papillomavirus humain (HPV) au-delà de 8 mois sous l'influence des cofacteurs**[4]**. Les premières lésions précancéreuses s'installent à partir de 25 ans avec une incidence maximale à 35 ans. Le cancer débute vers 35 ans avec une incidence maximale à 45 ans après 10 à 15 ans de primo-infection**[5]**.

Dans le but d'apprécier les caractéristiques de la pathologie cancéreuse prise en charge au CHU-MEL, il nous a plu d'entreprendre, dans le cadre de notre soutenance de thèse, une étude portant sur ce thème.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du col de l'utérus chez les patientes suivies de 2017 à 2021 au CHU-MEL de Cotonou.

Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques et le profil épidémiologique des patientes ayant le cancer de col de l'utérus ;
2. Identifier les facteurs de risque des cancers du col de l'utérus chez les femmes dépistées positives ;
3. Décrire les aspects cliniques et histologiques des cancers du col de l'utérus;
4. Décrire les aspects thérapeutiques, évolutifs et pronostiques.

1. GENERALITES

1.1. Définitions des concepts

Cancer : C'est un thème utilisé pour désigner la prolifération maligne, autonome et anarchique des cellules. Une telle prolifération entraine la formation de tumeurs qui peuvent envahir des organes voisins ou distants, en détruisant des tissus normaux et en rivalisant pour l'utilisation de l'oxygène et des nutriments**[8]**.

Cancer du col de l'utérus : Selon l'OMS en 2006, il correspond au développement d'une tumeur maligne aux dépens du col utérin. Il résulte d'un déséquilibre des mécanismes de croissance et de multiplication cellulaire. La cellule cancéreuse se caractérise par des anomalies nucléaires avec des mitoses anarchiques et excessives. Cette dernière envahit les organes environnant par voie lymphatique et sanguine d'où les métastases**[1,12]**.

Lésions précancéreuses : Il s'agit des lésions primaires qui peuvent devenir cancéreuses.

Dépistage : Recherche de certaines affections inapparentes, par des examens effectués systématiquement dans des collectivités

Cancer in situ : Cancer au stade initial de son développement, restant limité au tissu qui lui a donné naissance, sans franchissement de la membrane basale (cancer non invasif) **[11]**

Cancer micro-invasif : Il se définit comme une lésion cancéreuse précoce, comportant une invasion débutante du chorion sans envahissement vasculaire et lymphatique**[11]**.

Epidémiologie : Selon l'OMS, c'est l'étude de la fréquence et de la répartition des maladies dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui déterminent cette fréquence et cette répartition au sein des populations humaines.

Traitement : Ensemble des méthodes employées pour lutter contre une maladie et tenter la guérir.

Pronostic : Prévision de l'évolution d'une maladie basée sur l'expérience du médecin et un bilan de la situation du malade.

1.2.Revue de la littérature

1.2.1. Epidémiologie

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer de la femme après le cancer du sein.

Dans le monde et selon l'OMS, environ 530 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année avec 275 000 décès dont 85% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Selon Globocan en 2018, le cancer du col de l'utérus représente 13,1 pour 100 000 femmes et 6,9 pour 100 000 femmes soit 7,7% des décès par cancers.

En Afrique de l'Ouest, l'incidence standardisée du cancer du col est de 29,6 nouveaux cas pour 100 000 femmes avec une mortalité de 23 pour 100 000 femmes. Au Bénin, l'incidence standardisée du cancer du col de l'utérus est de 23,7 nouveaux cas pour 100 000 femmes avec une mortalité de 20,2 pour 100 000 femmes.

1.2.2. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus se déroule selon un continium de lésions histologiques précancéreuses (les néoplasies cervicaux intraépithéliales ou CIN). Celles-ci font suite à la persistance de l'infection par un HPV oncogène à haut risque**[17]**. Un cancer du col met en moyenne quinze à vingt ans à se développer. Le cancer du col nait le plus souvent de la zone de jonction pavimento-cylindrique. Il a une évolution qui est longtemps locorégionale.

L'apparition d'un cancer nécessite le passage par des lésions précancéreuses (CIN), laissant donc une fenêtre d'opportunité importante pour la prévention du cancer. Pour chaque grade de lésion cervicale précancéreuse (CIN 1, CIN 2 ou CIN 3), il existe une probabilité de régression (de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion) vers un épithélium normal et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé (cancer invasif) L'extension se fait ensuite

dans la profondeur du col, vers les paramètres, le vagin, la vessie, le rectum et plus rarement le corps utérin.

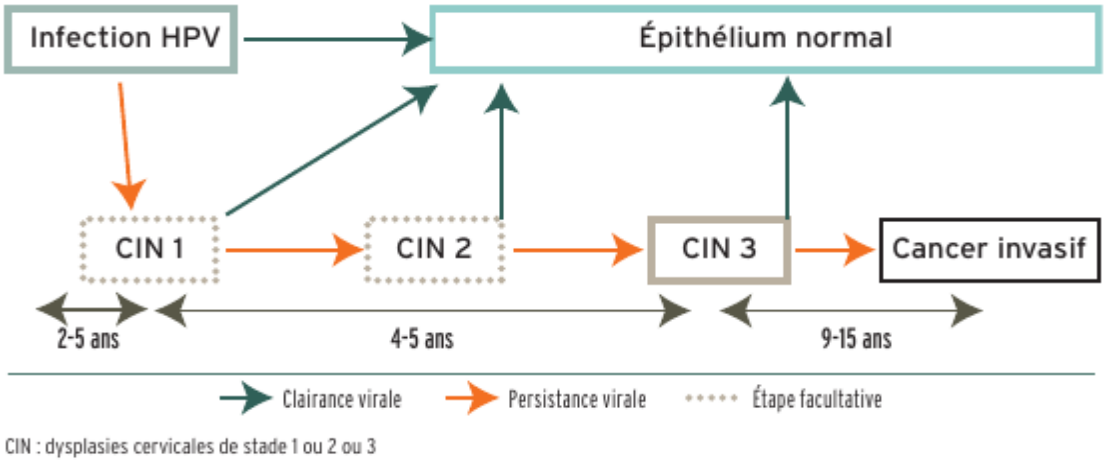


Figure 1: Histoire naturelle de l'infection à HPV oncogène

1.2.3. Rappels

1.2.3.1. Rappel anatomique[8,24,25,]

L'appareil génital féminin est constitué des OGE et des OGI. Les OGE sont représentés par les grandes et petites lèvres et le clitoris ; ils limitent la fente vulvaire.

Les OGI quant à eux comprennent les ovaires ou gonades, les trompes utérines, l'utérus et le vagin.

L'utérus est situé dans la cavité pelvienne, sur la ligne médiane ; il est limité en avant par la vessie, en arrière par le rectum, en bas par le vagin et en haut par les anses intestinales et le colon ilio-pelvien. C'est un organe creux comprenant le corps et le col qui sont séparés par l'isthme.

Le col utérin représente le tiers inférieur de l'utérus. Grossièrement cylindrique, il se dresse entre le vagin en bas et la cavité utérine en haut. Il est fixé sur le segment supérieur du vagin et s'appuie, dans un plan oblique en bas et en avant sur la paroi postérieure du vagin. Il mesure environ 2 à 3cm de longueur, son épaisseur est de 2 à 3cm également, la largeur (celle du canal cervical) est de 2 à 3mm. Le col de

l'utérus présente trois portions : une portion sus-vaginale communiquant en haut avec la cavité utérine par l'orifice interne du col, une portion vaginale représentée par la ligne d'insertion du vagin sur le col et une portion intra-vaginale ou museau de tanche faisant saillie dans la cavité vaginale; elle a la forme d'un cône tronqué, sa surface, lisse, est visualisable au spéculum et accessible au toucher vaginal, elle communique avec le vagin par l'orifice externe du col qui est large, béante, irrégulière chez la multipare mais petite, circulaire (punctiforme) chez la nullipare. Le museau de tanche est séparé de la paroi vaginale par un cul-de-sac annulaire ayant quatre segments : le cul-de-sac antérieur, le cul-de-sac postérieur (le plus profond) et les 2 culs-de-sac latéraux.

Vascularisation : le col de l'utérus est vascularisé par l'artère cervico-vaginale, branche de l'artère utérine, elle-même branche collatérale de l'artère iliaque interne. Les veines sont satellites des artères et se jettent dans le plexus veineux hypogastrique. Les lymphatiques du col se drainent dans les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques et latéraux-aortiques**[8,18]**.

Innervation : elle est assurée par un réseau nerveux provenant du plexus hypogastrique ; l'exocol n'étant pas innervé, le prélèvement de biopsies, l'électrocoagulation et la cryothérapie sont tolérées sans anesthésie. En revanche, l'endocol possède de nombreuses terminaisons nerveuses sensitives**[8]**.

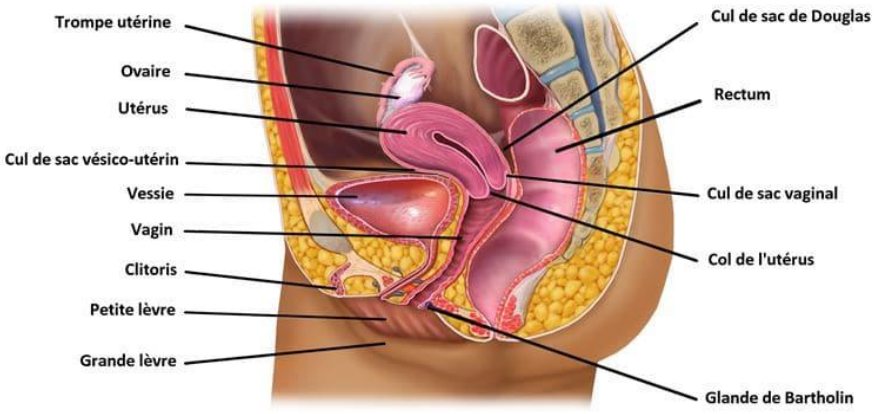


Figure 2 : Coupe sagittale du bassin féminin**[11]**



Figure 3 : Vue macroscopique du col de l'utérus**[11]**

1.2.3.2. Rappels histologiques[8,24]

La paroi du col de l'utérus est moins épaisse que celle du corps. Elle est résistante et comporte 3 tuniques :

- La séreuse, conjonctivo-élastique
- La musculeuse composée de trois couches
- La muqueuse avec trois zones : l'exocol, la jonction cylindro-pavimenteuse et l'endocol
  - **L'exocol :** Il représente la muqueuse tapissant le museau de tanche et est identique à celle tapissant le vagin. Il s'agit d'un épithélium Malpighien, pavimenteux, stratifié et non kératinisé qui est séparé du chorion par une membrane basale. Le renouvellement de l'épithélium est assuré par la multiplication de cellules situées en profondeur qui gagnent la surface. Les cellules de l'épithélium suivent ainsi un processus de maturation et se chargent en glycogène avant de s'éliminer par desquamation.
  - **L'endocol :** Il tapisse le canal cervical et s'étend de l'orifice externe du col jusqu'à l'isthme. Il s'agit d'un épithélium cylindrique unistratifié

s'invaginant sous forme de cryptes dans le chorion, réalisant des glandes endocervicales. Cet épithélium est composé de deux types de cellules avec en majorité des cellules ciliaires, le deuxième type étant les cellules sécrétantes à mucus.

- **La zone de jonction cylindro-pavimenteuse :** Elle représente la zone de transition entre l'épithélium malpighien exo cervical et l'épithélium cylindrique endocervical. En fait, sa position réelle varie au cours de la vie génitale, sous l'influence des œstrogènes. Elle se situe habituellement à moins de cinq centimètres de l'orifice du col mais elle pourra être positionnée sur l'exocol (ectopie) à chaque fois qu'il y aura une sécrétion importante d'œstrogènes (naissance, puberté, grossesse) ou un apport exogène (contraception). Elle forme alors un ectropion. Inversement, la zone de jonction peut être ascensionnée dans l'endocol en cas de carence hormonale, notamment après la ménopause. Lorsque l'ectopie (éversion) est constituée, l'épithélium cylindrique endocervical se trouve directement au contact du milieu vaginal (pH différent, agressions mécaniques…). La "réparation" se fait à partir de la zone de jonction, par une intense prolifération et différentiation des cellules basales jonctionnelles qui sont à l'origine du processus de métaplasie malpighienne.

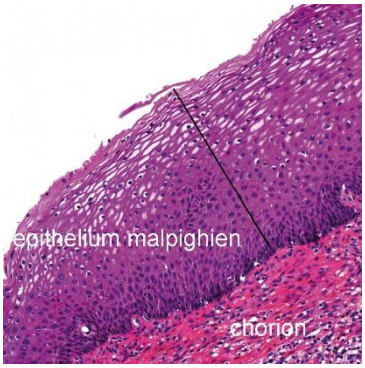


Figure 4 : Epithélium exocervical (malpighien non kératinisant normal) **[11]**

1.2.4. Etiopathogénie des cancers du col de l'utérus

1.2.4.1.Les facteurs de risque

1.2.4.1.1. Facteurs sexuels et obstétricaux

❖ **La précocité des rapports sexuels et âge à la première grossesse**

Cela s'expliquerait par une immaturité du col utérin et particulièrement de sa jonction pavimento-cylindrique dans la période de l'adolescence. Les facteurs cancérigènes seraient plus susceptibles de transformer ces cellules jonctionnelles encore indifférenciées. En outre, certains comportements sexuels (comme de nombreux partenaires sexuels ou un partenaire ayant de nombreux partenaires sexuels) peuvent accroître la probabilité d'une infection par le HPV, et par conséquent le risque d'un cancer du col utérin.

❖ **La multiplicité des partenaires sexuels**

Ce facteur concerne aussi bien les partenaires sexuels de la femme que ceux de l'homme. La multiplicité ses partenaires augmente le risque de contracter des papillomavirus et donc le risque de développer des lésions précancéreuses persistantes.

❖ **La multiparité**

Une parité au-dessus de cinq augmente le risque de survenue du cancer. La grossesse agit sur la zone de remaniement entre exocol et endocol et favorise ainsi l'infection par les HPV.

1.2.4.2.Facteurs infectieux

- **Le papillomavirus humain**

Il existe une forte corrélation entre ce cancer et la papillomavirus humain. Il est établi avec certitude que l'infection persistante à papillomavirus humain est une cause nécessaire mais non suffisante dans la genèse et le développement du cancer de l'utérus. En effet, il s'agit d'une infection sexuellement transmissible et la transmission se fait principalement par contact direct avec les muqueuses génitales ou au cours d'une relation sexuelle; la transmission verticale a été rapportée. Parmi les différentes souches de ce virus, on retrouve environ treize qui sont à haut risque oncogène. En Europe, ce sont les types 16, 18 qui sont souvent retrouvés. Alors que des études faites en Afrique de l'Ouest montrent une hiérarchie différente des souches d'HPV. Ainsi au Bénin, Piras et all ont retrouvé que ce sont les génotypes HPV39, HPV35 et HPV45 qui sont les plus fréquents au Burkina-Faso. C'est le principal facteur de risque.

- **Le VIH-SIDA**

Les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine courent un plus grand risque de modifications précancéreuses dans le col de l'utérus quand elles contractent une infection par le HPV.

- **L'herpès simplex virus de type 2 (HSV2)**

Ce virus agit comme facteur synergique avec l'HPV mais sans effet direct.

1.2.4.3. Facteurs généraux

- **Le tabac**

Il favorise la persistance de l'infection à l'HPV. Le risque augmente en fonction de la durée du tabagisme, du nombre de cigarettes fumées quotidiennement et de l'utilisation de cigarette sans filtre.

❖ **L'âge**

La plupart des cancers du col de l'utérus ont tendance à toucher les femmes qui ont moins de 50 ans.

❖ **Le bas niveau socio-économique et le faible niveau d'éducation**

Il est reconnu que le cancer utérin touche préférentiellement les femmes de bas niveau socio-économique, du fait de leur revenu limité, d'une hygiène défectueuse et de l'absence de comportements préventifs.

❖ **Les contraceptifs oraux**

L'emploi à long terme de contraceptifs oraux (plus de 5 ans) peut accroître le risque d'évolution de l'infection au HPV vers le cancer du col de l'utérus. Toutefois, le risque diminue après l'arrêt des contraceptifs oraux pour devenir quasiment nul après 10 ans. Le mécanisme sous-jacent n'est pas clairement élucidé. Il est possible que les hormones stéroïdes en se liant à l'ADN de l'HPV au niveau de séquences régulant la transcription soit diminuent, soit augmentent la transcription de certains gènes, et influencent ainsi les mécanismes pathogéniques du cancer du col.

❖ **L'absence de dépistage**

La patiente n'ayant jamais fait de test de dépistage ou l'ayant réalisé avec des délais plus longs que ceux recommandés développe dans deux tiers des cas le cancer invasif du col de l'utérus.

❖ **Le Diéthylstilbestrol (DES)**

Le DES est une forme d'œstrogène qui a été prescrite entre 1940 et 1971 à des femmes enceintes. Selon certaines études, les filles de ces femmes courraient un risque accru de modifications précancéreuses et de carcinome spinocellulaire du col utérin.

❖ **Le rôle du sperme**

Le sperme est incriminé par l'acide désoxyribonucléique (ADN) des spermatozoïdes (action mutagène), ainsi que la prévalence dans le liquide

séminal de protéines basiques (histones et protamines) qui pourraient être des facteurs carcinogènes.

1.2.5. Pathogénie

Le col de l'utérus est protégé des substances toxiques et des infections grâce à l'épithélium pavimenteux stratifié qui le recouvre. Le renouvellement perpétuel des couches supérieures assure, dans les conditions normales, le maintien de l'intégrité de l'épithélium, et ce, grâce à la formation ordonnée et continue de nouvelles cellules dans la couche basale.

En revanche, lorsqu'il y a une infection persistante par un HPV et d'autres cofacteurs, il arrive que les cellules pavimenteuses métaplasiques de la nouvelle jonction pavimento-cylindrique (JPC) prennent un aspect anormal. C'est ce qu'on appelle une lésion précancéreuse épidermoïde (dysplasie). En effet, le mécanisme d'action principale des HPV est l'intégration de leur génome à celui des cellules cibles. Cette intégration permet la dérégulation du génome viral, avec synthèse accrue des protéines virales E6 et E7, qui se lient aux protéines cellulaires p53 et pRb. L'affinité de ces oncoprotéines virales pour p53 et pRb est d'autant plus élevée qu'elles sont issues des virus à haut risque (HPV 16 et HPV 18). Il en résulte alors une prolifération anarchique des cellules au niveau de la zone de jonction ainsi que leur transformation, qui aboutira à la constitution du cancer du col utérin. Les cancers du col sont dans 90 % des cas des carcinomes cellulaires épidermoïdes qui débutent à partir de l'épithélium pavimenteux métaplasique de la zone de remaniement. Dans 10 % des cas, il s'agit d'adénocarcinomes qui débutent à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol.

Tableau I:Corrélation entre les terminologies dysplasies/carcinome in situ, néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) et la terminologie Bethesda

Terminologie Dysplasie	Terminologie CIN initiale	Terminologie CIN modifiée	Terminologie Bethesda (LIE) (1991)
Normal	Normal	Normal	Limites normales Modifications cellulaires bénignes (infection ou réparation)
Atypie			ASCUS/AGUS
	Koïlocytes, condylome plan, sans modification de l'épithélium	CIN de bas grade	LIEBG
Dysplasie légère ou dyskariose légère	CIN1	CIN de bas grade	LIEBG
Dysplasie modérée ou dyskariose modérée	CIN2	CIN de haut grade	LIEBG
Dysplasie sévère ou dyskariose sévère	CIN3	CIN de haut grade	LIEHG
Carcinome in situ	CIN3	CIN de haut grade	LIEHG
Carcinome invasif	Carcinome invasif	Carcinome invasif	Carcinome invasif

CIN : néoplasie cervicale épithéliale ; LIEBG : lésion intraépithéliale épidermoïde bas grade ; LIEHG : lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade ; ASCUS (pour atypical squamous cells of undetermined significance) : atypies cellulaires épidermoïdes de signification indéterminée ; AGUS (pour atypical glandular cells of undetermined significance) : atypies cellulaires glandulaires de signification indéterminée

1.2.6. Anatomie pathologique

1.2.6.1. Aspect macroscopique

On distingue macroscopiquement 3 formes anatomopathologiques. Il s'agit des :

- **Formes bourgeonnantes**

  Dites aussi exophytiques ou en « chou fleurs », de taille variable, petits bourgeons sur l'exocol ou formes prenant tout le col, réalisant un aspect de « gros col » tumoral.

- **Formes infiltrantes**

  Elles s'étendent vers l'endocol et l'isthme, réalisant des formes appelées « col en barillet ».

- **Formes ulcéreuses**

Irrégulières, térébrantes, à fond nécrotique, avec souvent un aspect de cratère détruisant le col.

- **Formes mixtes**

  Ce sont des formes où existe une intrication de 2 ou 3 composantes.

1.2.6.2. Aspect microscopique

1.2.6.2.1. Le carcinome épidermoïde ou malpighien

- **Le carcinome in situ**

  L'épithélium est désorganisé sur toute sa hauteur dans la zone de jonction mais les cellules malignes ne franchissent pas la membrane basale**[40]**.

- **Le carcinome micro invasif**

  Ici, l'invasion ne dépasse pas 5mm en profondeur et 7mm en largeur.

- **Le carcinome malpighien invasif**

  Ici, l'invasion du stroma dépasse 5mm en profondeur.

1.2.6.2.2. L'adénocarcinome

L'âge de survenue des adénocarcinomes du col utérin in situ se situe entre 35 et 45 ans**[41]**. On distingue l'adénocarcinome classique de type endocervical (50% des formes), les formes intestinales et endométrioïdes (30% des cas). Deux formes particulières sont également décrites : l'adénocarcinome à cellules claires mésonéphroïdes d'origine müllérienne et ceux de type mixte associant la composante endocervicale et endométrioïde**[42,43]**.

1.2.6.3. Autres cancers du col utérin

Des tumeurs malignes primitives exceptionnelles peuvent atteindre le col, comme certaines sarcomes (léïomyosarcome, rhabdomyosarcome embryonnaire), mélanomes et lymphomes et lymphomes malins**[43]**.

1.2.7. Extension[17,43,44]

1.2.7.1.Extension locorégionale

- **L'envahissement du vagin**

  L'extension vaginale peut s'expliquer par la théorie de la croissance continue de la tumeur cervicale au dôme vaginal. Il est également possible que l'atteinte se fasse par un processus d'embolisation lymphatique sous la muqueuse vaginale.

- **L'envahissement du paramètre**

  Fait appel à un mode d'extension discontinue, mais aussi continue lorsque la tumeur atteint un certain volume, elle franchit les bords latéraux du col et envahit de proche en proche d'abord le paramètre juxta-cervical, puis le paramètre distal pour atteindre finalement la paroi pelvienne.

- **L'envahissement du corps utérin**

  La propagation au corps utérin est beaucoup plus rare et se fait par envahissement de l'endomètre, du chorion cervical et du myomètre.

❖ **L'envahissement de la vessie et du rectum**

La vessie est atteinte par croissance continue et le rectum par croissance discontinue via les vaisseaux lymphatiques.

1.2.7.2. Extension à distance

❖ **Extension lymphatique**

L'extension se fait vers :

- les ganglions iliaques externes et obturateurs par voie principale ;
- les ganglions du promontoire, par la deuxième chaine accessoire qui suit le plexus sacré et plus tard les ganglions juxta aorticocaves.

❖ **Métastases à distance**

Ce sont des métastases qui seront par ordre de fréquence : pulmonaire, hépatique, osseuse, cutanée et cérébrale.

1.2.8. Classification

La classification la plus utilisée est celle de la Fédération internationale de Gynécologie obstétrique (FIGO)

Tableau II: Classification clinique des cancers du col de l'utérus selon la Fédération internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) révisée en 2018. **[8]**

Stade I	**Localisation strictement confinée au col de l'utérus**		
	IA	Cancer invasif identifié seulement au microscope et envahissement du stroma d'une profondeur maximum de 5mm	
		IA1	Envahissement du chorion de 3mm ou moins
		IA2	Envahissement du chorion supérieur à 3mm et inférieur ou égal à 5mm
	IB	Cancer de taille supérieure à celle du IA, limité au col	
		IB1	Lésion de moins de 2cm de diamètre maximal
		IB2	Lésion d'au moins 2cm et inférieure à 4 cm de diamètre maximal
		IB3	Lésion d'au moins 4cm de diamètre maximal
Stade II	Extension au-delà du col, mais sans atteinte de la paroi pelvienne ou du tiers inférieur du vagin		
	IIA	Extension jusqu'aux deux tiers supérieurs du vagin	
		IIA1	Lésion de 4cm ou moins de diamètre maximal
		IIA2	Lésion de plus de 4cm de diamètre maximal
	IIB	Extension paramétriale sans atteinte des parois pelviennes	

<table>
<tr><td rowspan="5">Stade III</td><td colspan="3">Cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet et/ou atteinte ganglionnaire pelvienne ou lomboaortique</td></tr>
<tr><td>IIIA</td><td colspan="2">Cancer étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte des parois pelviennes</td></tr>
<tr><td>IIIB</td><td colspan="2">Cancer étendu aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet</td></tr>
<tr><td rowspan="2">IIIC</td><td>IIIC1</td><td>Atteinte ganglionnaire pelvienne</td></tr>
<tr><td>IIIC2</td><td>Atteinte ganglionnaire lomboaortique</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Stade IV</td><td colspan="3">Invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne</td></tr>
<tr><td>IVA</td><td colspan="2">Extension à la muqueuse vésicale et/ou à la muqueuse rectale</td></tr>
<tr><td>IVB</td><td colspan="2">Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres)</td></tr>
</table>

Classification TNM (tumor nodes metastasis)

- T (tumeur) correspond aux stades FIGO
- N (nodule ou adénopathie)
  - N0 : Pas d'adénopathie clinique ou paraclinique
  - N1 : Adénopathie constatée
  - N2 : Masse ganglionnaire pelvienne
- M (métastases)
  - M0 : Pas de métastase clinique ou paraclinique
  - M1 : Métastases

1.3. Diagnostic positif

1.3.1. Signes fonctionnels

Le cancer du col de l'utérus évolue cliniquement en deux phases :

- **La phase préclinique**

  Les lésions pré-invasives sont asymptomatiques et inapparentes à l'examen au spéculum. Elles sont le plus souvent de découvertes fortuites à l'occasion de la réalisation d'un frottis cervico-vaginal.

- **La phase clinique**

  - **Métrorragies**

C'est le maitre symptôme du cancer du col utérin. Typiquement, c'est une perte de sang rouge, en dehors des règles, variables en fréquence et en abondance, isolée et le plus souvent provoquée par les rapports sexuels ou les toilettes intimes. C'est un caractère essentiel, presque pathognomonique. Le saignement peut être spontané. Ces hémorragies se répètent et c'est ce caractère, plus que l'abondance qui inquiète la malade. Parfois, ce sont des ménométrorragies et surtout en période pré ménopausique**[17]**.

  - **Leucorrhées**

Plus volontiers rosées, elles sont un signe classique, en fait, rarement à l'origine du diagnostic. Parfois les leucorrhées sont banales**[45]**.

  - **Les douleurs pelviennes**

Les douleurs pelviennes ou hypogastriques traduisent en général l'existence d'une forme étendue. Ce sont soit des douleurs pelviennes sourdes, lancinantes, en rapport avec la nécrose tumorale et le système inflammatoire, soit plutôt des douleurs par compression ou envahissement nerveux (lombalgies) dans les formes localement très étendues ou avec présence d'adénopathies.

- **Les troubles urinaires**

A type de dysurie, pollakiurie, brulures mictionnelles, hématurie, incontinence d'urines (fistules), oligurie voire une rétention aigue d'urine par étranglement bilatéral des uretères.

- **Les troubles rectaux**

A type de rectorragie, de syndrome rectal fait de ténesme, épreintes te faux besoins ou même de fistule recto-vaginale.

- **Autres**

Perte de poids, syndrome anémique, dyspareunie et hydrorrhée (en cas de cancer de l'endocol).

1.3.2. Examen physique

L'examen clinique est réalisé en position gynécologique, la vessie et le rectum étant vides. L'examen sous anesthésie permet une meilleure appréciation de l'extension locorégionale du cancer.

- **Examen au spéculum**

Les formes observées sont :

- des formes bourgeonnantes, réalisant un aspect de « gros col » tumoral dont le moindre contact déterminera un suintement hémorragique ;
- des formes ulcéreuses à fond nécrosé détruisant le col ;
- et des formes beaucoup plus infiltrantes qui s'étendent vers l'endocol et l'isthme, réalisant le « col en barillet ».

Dans les formes limitées ou dans les cancers de l'endocol, on a un aspect quasi-normal du col.

- **Le toucher vaginal**

Il permet d'apprécier le volume et la mobilité du col, la consistance de la lésion, son siège, sa déformation et surtout son étendue par l'examen soigneux des parois vaginales et des culs de sac vaginaux.

- **Le toucher rectal et le toucher bidigital**

  Le toucher rectal est un examen indispensable, car il renseigne sur l'état des paramètres. Le toucher bidigital permet seul d'évaluer l'extension postéro-latérale le long des ligaments utéro-sacrés et l'inflammation des paramètres, ainsi que l'état de la cloison recto-vaginale.

- **L'examen général**

  Il comporte une estimation de l'état général avec une évaluation des aires ganglionnaires, du volume et de la consistance du foie et appréciation de l'opérabilité de la malade.

1.3.3. Examens paracliniques à visée diagnostique

1.3.3.1. La colposcopie

C'est un examen du col à l'aide d'un colposcope (appareil grossissant 10-20 fois) après mise en place d'un spéculum et badigeonnage du col à l'acide acétique 5% et au Lugol. Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimento-cylindrique, de repérer les leucoplasies et les zones suspectes et de faire la biopsie.

1.3.3.2. Le frottis cervico utérin (FCU) par biopsie dirigée

La biopsie consiste à prélever à l'aide d'une un fragment du col qu'on fixe dans du formol 10% et envoyé pour étude anatomopathologique. En raison de sa très mauvaise spécificité, il n'a d'intérêt que lorsque la zone de jonction est visible**[43,44,46]**.

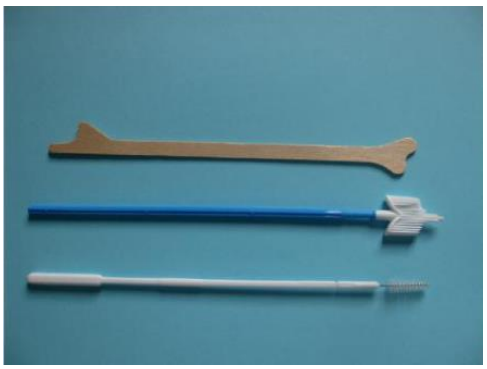


Figure 5 : Dispositifs de prélèvement des frottis

De haut en bas : spatule d'Ayre, cytobrosse et endobrosse

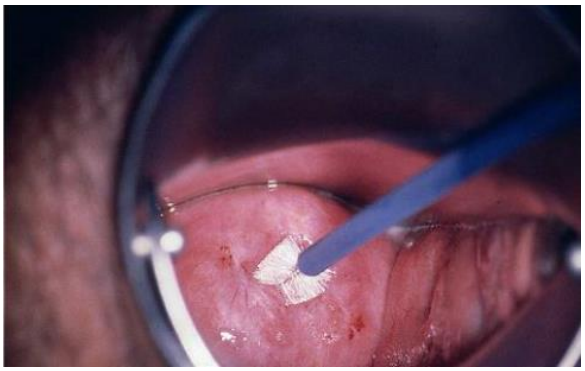


Figure 6 : Prélèvement du frottis endocervical à l'aide d'une endobrosse

1.4. Le diagnostic d'extension

1.4.1. L'examen clinique à la recherche de foyers d'extension

L'examen de l'état général recherche une hépatomégalie, des adénopathies sus claviculaires, inguino-crurales et cervicales. L'examen du pelvis préférence sous anesthésie générale permet de mieux évaluer l'extension du cancer en appréciant le volume vaginal et rectal, l'extension éventuelle à la vessie ou au rectum.

1.4.2. Le bilan d'extension

Il est radiologique, endoscopique et biologique. Ce bilan nous permet de :

- Préciser l'envahissement locorégional et la recherche de métastases à distance ;
- En pré-thérapeutique, d'évaluer le retentissement sur l'état général et de rechercher une éventuelle contre-indication au traitement proposé ;
- Enfin, d'aider à rétablir un pronostic et apprécier la qualité du traitement entrepris.

1.4.2.1. Bilan d'imagerie médicale

- Echographie pelvienne et endovaginale ;
- Urographie intraveineuse (UIV) ;
- Lymphographie ;
- Radiographie thoracique ;
- Tomodensitométrie abdomino-pelvienne ;
- Imagerie par résonnance magnétique (IRM)

1.4.2.2. Bilan endoscopique

- Cystoscopie ;
- Rectoscopie.

1.4.2.3. Bilan biologique

- Bilan biologique général ;
- Les marqueurs tumoraux : ils n'ont d'intérêt que la surveillance.
  - Pour les tumeurs épidermoïdes, on dose le Squamous Cell Carcinoma (SCC) qui permet une détection précoce des récidives.
  - Pour les adénocarcinomes, on dose le CA125. L'ACE et le CA19.9 sont moins spécifiques.

1.5. Le traitement du cancer du col de l'utérus

1.5.1. Traitement curatif

1.5.2. But du traitement.

- Enlever la tumeur
- Eradiquer ses éventuelles extensions locorégionales (dôme vaginal, paramètres, ganglions pelviens) et générales.

1.5.3. Les moyens thérapeutiques

Les moyens thérapeutiques sont au nombre de trois :

- La chirurgie
- La radiothérapie
- La chimiothérapie

1.5.3.1. La chirurgie :

Le traitement chirurgical consiste en l'ablation de la tumeur et des ganglions lymphatiques pelviens.

- **Méthodes conservatrices**
  - **Une conisation**

C'est l'exérèse d'une partie du col correspondant à un cône ou un cylindre dont la base est exocervicale et le sommet endocervical, passant à distance de la jonction pavimento-cylindrique (Wieland et al. ,1997). C'est un traitement qui préserve la fertilité, et le risque de complications obstétricales est faible**[43,47]**.

  - **L'amputation intravaginale du col**

L'amputation du col peut être totale et se comprend comme premier temps d'une hystérectomie par voies naturelles, ou uniquement vaginale, ne portant que sur la partie visible au spéculum.

  - **La trachélectomie élargie[48]**

Elle correspond à l'exérèse élargie du col de l'utérus quelle que soit la voie d'abord choisie.

- **Méthodes radicales**

Elles comprennent plus ou moins associées selon le cas une hystérectomie totale avec annexectomie, une lymphadénectomie iliaque externe, interne et parfois primitive et l'ablation des espaces celluleux.

1.5.3.2.La radiothérapie

On distingue :

- **La curiethérapie utéro-vaginale ou radiothérapie interne** : une source radioactive est introduite dans la cavité utérine et vaginale au contact de la tumeur.

- **La téléthérapie ou radiothérapie externe** : la source radioactive est externe, à distance de la tumeur.

La radiothérapie est parfois exclusive. Elle peut être utilisée avant la chirurgie (radiothérapie néo-adjuvante) ou après (radiothérapie adjuvante). La radiothérapie néoadjuvante est réalisée avant la chirurgie. Elle peut être utilisée seule ou en association à une chimiothérapie (radio-chimiothérapie concomitante). Son but est de détruire la tumeur ou de réduire sa taille afin qu'elle soit plus facilement opérable. Par contre, la radiothérapie adjuvante est réalisée 4 à 6 semaines après la chirurgie. Elle peut aussi être associée à une chimiothérapie. Le but est d'éradiquer toutes les cellules cancéreuses qui pourraient être restées dans la sphère génitale après la chirurgie**[8,49]**.

1.5.3.3. La chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'administration de médicaments anticancéreux. Elle est aussi appelée traitement médical. Lorsqu'une chimiothérapie est utilisée pour traiter un cancer du col de l'utérus, elle est très souvent associée à une radiothérapie dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante. Cette association constitue notamment le traitement de référence des tumeurs dont la taille est supérieure à 4 centimètres ou qui se sont propagées au-delà du col de l'utérus dans le pelvis (Morice., 2008) **[50]**.

1.5.4. Les indications thérapeutiques

Les indications suivantes sont à titre informatif et peuvent varier selon la présence d'autres facteurs pronostiques, notamment la présence d'emboles lymphovasculaires.

1.5.4.1. Formes micro-invasives

- Dans le carcinome micro invasif à invasion < 3mm sans embole lymphatique ou vasculaire : une conisation passant en zone saine est suffisante.

❖ En présence d'emboles : une chirurgie radicale semble préférable, la lymphadénectomie coelioscopique pourrait être la meilleure méthode pour évaluer le statut ganglionnaire.

1.5.4.2. Formes invasives

❖ **Les formes opérables stades IB et II**

Selon les écoles, elles peuvent être traitées soit par la chirurgie exclusive, soit par la radiothérapie ou par l'association radio-chirurgie.

➢ Cancers du col utérin de taille ≤4cm **[51]**:

- Si les ganglions sont envahis, une radio-chimiothérapie concomitante est proposée.
- S'ils sont indemnes et de taille ≤2cm, une chirurgie exclusive est proposée à la patiente.
- Si la taille est comprise entre 2 et 4cm, une association curiethérapie-chirurgie est proposée.

➢ Cancers du col de taille >4cm :

- La chirurgie première suivie d'une radiothérapie postopératoire, avec ou sans chimiothérapie concomitante ;
- La chimioradiothérapie exclusive ;
- Ou la chimioradiothérapie première (20 à 30Gy) suivie d'une chirurgie d'exérèse**[39,43,52]**.

➢ Les stades non opérables (stades III et IV)

- Stade III

Le traitement standard est l'association radio-chimiothérapie suivie d'une curiethérapie.

- Stade IV

Le traitement standard correspond à une radiothérapie ou une chimiothérapie ou une association radio-chimiothérapie.

❖ **Traitement de la femme désireuse de grossesse**

Chez la femme jeune présentant un cancer invasif inférieur à 20mm et sans atteinte ganglionnaire, une trachélectomie élargie avec curage pelvien peut être proposée. L'ablation des ganglions pelviens se fait par cœlioscopie. Ce traitement permet de conserver le corps de l'utérus et donc théoriquement la fertilité, mais ses indications restent limitées.

❖ **Traitement de la femme enceinte**

Le choix thérapeutique va être envisagé en fonction du stade de la tumeur et du stade de la grossesse. Ce choix implique gynécologues, oncologues, radiothérapeutes, obstétriciens et le couple. Le traitement du cancer invasif, dépendra du stade de la tumeur et du stade de la grossesse. Enfin, si le cancer est détecté à un stade précoce ou pendant le dernier trimestre de la grossesse, le traitement peut être reporté après l'accouchement qui sera le plus souvent une césarienne.

1.5.5. Evolution

1.5.5.1. Surveillance post thérapeutique des cancers invasifs[53]

La surveillance a pour objectif de dépister précocement les récidives locorégionales, les métastases, et les complications du traitement. Elle vise également à apprécier et à améliorer éventuellement la qualité de vie des patientes tout en leur assurant une prise en charge psychologique. Cette surveillance doit être régulière, elle est surtout clinique mais aussi biologique et radiologique.

❖ Le rythme :

- Tous les 3 mois la première année ;
- Tous les 6 mois pendant 3 ans ;
- Puis annuelle.

❖ Les modalités :

➢ Interrogatoire minutieux afin de prendre en charge la patiente sur le plan psychologique, apprécier sa qualité de vie notamment en ce qui concerne la vie sexuelle ;

➢ Examen gynécologique, test de Schiller ou frottis du fond vaginal sur la cicatrice annuellement et réalisation des touchers pelviens afin d'apprécier la souplesse des parois et des paramètres ;

➢ Examen clinique général : abdominal (palpation du foie et des fosses lombaires), ganglionnaire (ganglions inguinaux, de Troisier), examen pleuro-pulmonaire ;

➢ Examens paracliniques complémentaires (échographie, TDM et UIV) seront proposés en cas de signes d'appel ;

➢ Enfin, il faut être attentif aux signes urinaires et pratiquer au moindre doute, une UIV et des échographies rénales.

1.5.5.2. Les complications [54-57]

❖ Chirurgicales : per-opératoires (réaction allergique à l'anesthésie, l'hémorragie per-opératoire…) ou postopératoires (fistules uretéro ou vésico-vaginales, sténoses urétrales…).

❖ La radiothérapie : les complications précoces (asthénie, troubles digestifs à type de nausées, vomissements et diarrhées ; cystites et rectites radiques ; réactions cutanées…) et les complications tardives (fibrose ou sclérose sous cutanée, fibrose pelvienne, sténose vaginale responsable de dyspareunie quelques fois majeure, sténose urétérale et parfois fistule, cystite, rectite, sigmoïdite, iléite avec possibilité de sténose et de fistule)

❖ La chimiothérapie : toxicité hématologique, vomissement, diarrhée.

La morbidité chirurgicale est plus précoce et plus facile à traiter que les séquelles souvent tardives de la radiothérapie.

1.5.6. Pronostic du cancer du col de l'utérus

Le pronostic dépend essentiellement du type histologique, de la présence d'emboles tumoraux lymphovasculaires, du stade, du volume tumoral et de l'envahissement ganglionnaire. Le taux de survie relative à 5ans dépend du stade. Le taux de survie diminue également en fonction de l'âge, de l'état de santé de la patiente et de son état nutritionnel. La survie se présente comme suit :

- La survie à 5ans liée au stade est de :
  - 95 à 99% au stade IA et de 85 à 95% dans le stade IB ;
  - 60 à 80% au stade II ;
  - 30 à 60% au stade III ;
  - 10 à 20% au stade IV.
- Le taux de survie lié à la taille de la tumeur :
  - Diamètre ≤1cm : 90%
  - Diamètre de 1 à 4cm : 75%
  - Diamètre >4cm : 63%
- Le taux de survie lié à l'envahissement ganglionnaire :
  - 85 à 90% si absence d'envahissement
  - 40 à 50% en cas d'envahissement ganglionnaire**[43,58,59]**.

1.6. Traitement préventif :

1.6.1. Prévention primaire[60]

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus comporte deux volets :

- 1er volet : Education et sensibilisation

Elles visent l'éviction des facteurs de risques tels que :

- Multi partenariat sexuel
- Rapport sexuel précoce (<15 ans)
- Mauvaise hygiène sexuelle
- Tabagisme

❖ 2ème volet : Vaccination contre l'HPV

Il existe trois vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains génotypes oncogènes du papillomavirus humain:

- Le Gardasil depuis 2007, vaccin tétravalent (génotypes 6, 11, 16 et 18 ; les HPV6 et 11 ne sont pas oncogènes mais responsable de condylomes) ;
- Le Cervarix depuis 2008, vaccin bivalent (génotypes 16 et 18) ;
- Le Gardalis9, un vaccin nonavalent (génotypes 6, 11, 16, 18, 31, 33, 52 et 58), actuellement recommandé.

Le schéma vaccinal préconisé (BEH 2020) repose sur une vaccination initiée chez les filles et chez les garçons avec Gardasil9 :

- Entre 11 et 14ans révolus : deux doses espacées de 6 à 13 mois ;
- Entre 15 et 19ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0 ; 2 et 6 mois ;
- Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0 ; 2 et 6 mois ;
- Patients immunodéprimés : la vaccination contre l'HPV est recommandée chez les garçons comme les filles aux mêmes âges que dans la population générale, avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus. Chez les enfants des deux sexes candidats à une transplantation d'organe solide, la vaccination peut être initiée dès l'âge de 9 ans.

1.6.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire du cancer du col de l'utérus comprend deux volets: le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.

❖ **Le dépistage[60]**

Le dépistage précoce de lésions précurseurs de cancer du col et des cancers du col permet d'éviter des décès par cancer du col (années de vie gagnées) ; de proposer des traitements moins lourds et plus efficaces ; et de diminuer les séquelles des traitements dans cette population qui est jeune. Les méthodes recommandées par l'OMS pour le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus sont :

- Les méthodes visuelles (IVA/IVL) ;
- La cytologie conventionnelle et en milieu liquide (le frottis cervico-vaginal);
- Et le test de recherche d'ADN du HPV.

Les méthodes visuelles et le frottis cervico-vaginal doivent être complétées en cas d'anomalies par :

- La colposcopie ;
- La biopsie ;
- La recherche de l'ADN du HPV, en cas de nécessité.

Chacune de ces méthodes présente des avantages, des inconvénients et des exigences dont il faut tenir compte.

➢ **Méthodes d'inspection visuelle**

Il existe deux méthodes d'inspection visuelle :

- L'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) ;
- L'inspection visuelle au Lugol (IVL) ou test de Schiller.

Les méthodes d'inspection visuelle consistent à inspecter le col, avec ou sans grossissement optique, après l'avoir badigeonné d'acide acétique (ou vinaigre blanc) dilué de 3 à 5% (IVA) ou de soluté de Lugol (IVL). Elles permettent de dépister les lésions précancéreuses avec une sensibilité de 67-79% et une spécificité de 49-86%.

L'IVA et l'IVL sont des techniques relativement simples qui se réalisent en consultation de gynécologie et peuvent être appliquées par des médecins, des sage-femmes et des infirmiers (ères) formés. Les résultats sont immédiatement disponibles, ce qui évite les visites multiples et réduit ainsi le taux de perdues de vue pendant le suivi. Dans la mesure où elles ne nécessitent aucun service de laboratoire, l'IVA et l'IVL constituent des alternatives à la cytologie, dans les milieux aux ressources limitées.

Rythme

Le premier examen est réalisé dans les mois suivants le premier rapport sexuel. Il est recommandé de faire un dépistage par IVA/IVL une fois par an jusqu'à 65ans. En cas d'anomalie aux méthodes visuelles, une colposcopie est réalisée pour une biopsie éventuelle



Figure 7 : IVA négative : zones blanc rosé ou blanc trouble, mal défini, aux contours flous se confondant avec le reste de l'épithélium.

La jonction pavimento-cylindrique est entièrement visible**[10]**.



Figure 8: IVA positive :

On distingue sur la lèvre antérieure, une région acidophile, bien définie, terne, dense et opaque, accolée à la jonction pavimento-cylindrique qui est entièrement visible**[10]**

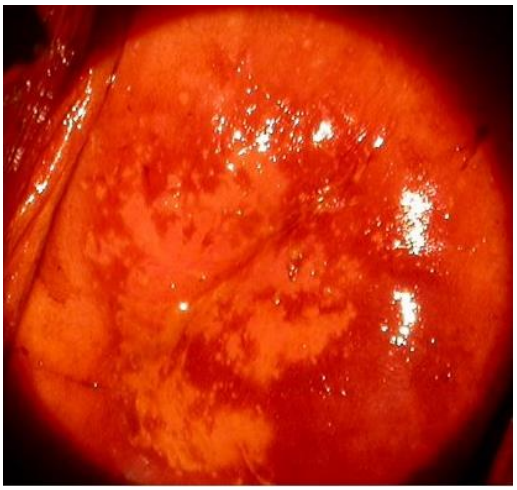


Figure 9: IVL négative : l'épithélium pavimenteux reste brun.

On distingue dans la zone de remaniement des plages irrégulières iodo-négatives ou partiellement imprégnées par l'iode, correspondant aux zones de métaplasie pavimenteuse immature et d'inflammation.



Figure 10 : IVL positive

On distingue sur la lèvre antérieure, une lésion iodo-négative jaune moutarde, au contact de la jonction pavimento-cylindrique**[10]**.

- **Examen cytologique**

Il existe deux types de cytologie :

- **La cytologie cervicale conventionnelle[61,62]**

Également appelée frottis cervico utérin (FCU) ou test de Papanicolaou ou Pap smear pour les anglo-saxons en hommage au médecin grec Georgios Papanicolaou qui l'a mis au point, cet examen dépiste les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin et doit être réalisé à distance des rapports sexuels, en dehors des périodes menstruelles, de tout traitement local ou d'infections, avant le toucher vaginal, et concerner la totalité de l'orifice externe de col (exocol et endocol, concernant donc la zone de jonction) correctement exposé à l'aide d'un spéculum. L'utilisation d'une endobrosse est recommandée lorsque la jonction pavimento-cylindrique est située dans le canal endocervical. Les cellules sont déposées dans un milieu de conservation liquide (frottis en phase liquide) et envoyées à un laboratoire entrainé avec une fiche de renseignements cliniques. Son excellente spécificité pour diagnostiquer une anomalie cervicale supérieure à 95%, évite les

explorations diagnostiques coûteuses et anxiogènes, voire les surtraitements liés aux tests faussement positifs. Sa sensibilité est faible (55 à 77%), en particulier pour les lésions glandulaires. En raison de la longue période de la phase précancéreuse, la répétition des frottis au cours des vagues successives de dépistage permet de réduire les conséquences des frottis faux négatifs et explique l'efficacité du dépistage cytologique malgré sa faible sensibilité.

Rythme

- Le 1er frottis est réalisé à 25ans ou dans les mois suivants les premiers rapports sexuels ;
- Le 2ème frottis sera réalisé un an après le 1er frottis ;
- Si les 1er et 2ème frottis sont négatifs, on réalise un frottis de dépistage tous les 3ans jusqu'à 49ans ;
- Pour les femmes de plus de 50ans, un dépistage tous les 5ans est suffisant ;
- Le dépistage n'est pas nécessaire chez les femmes de plus de 65ans, sous réserve que les deux précédents frottis aient été négatifs.

- **Test HPV**

Le test HPV est une méthode de détection moléculaire qui permet la détection d'ADN des génotypes d'HPV à haut risque par PCR. Sa réalisation n'a pas pour objectif d'identifier les infections à HPV elles-mêmes mais celles associées au risque de développer une lésion cervicale précancéreuse ou cancéreuse. Le test HPV est réalisé à partir d'un simple frottis du col de l'utérus ou d'un auto-prélèvement vaginal. Il présente une meilleure sensibilité pour la détection des lésions précancéreuses que le FCU. Cependant, la spécificité du test HPV pour détecter les lésions précancéreuses est moindre que le FCU : le tirage des femmes ayant un test HPV de dépistage positif représente donc un enjeu important. Le risque de présenter rapidement une lésion précurseur de cancer du col ou un cancer du col en cas de test HPV négatif et d'examen clinique normal est faible.

Aussi le test HPV est-il recommandé en première intention chez les femmes de plus de 30ans. En cas de test négatif, il est à répéter tous les 5ans jusqu'à l'âge de 65ans. En cas de test positif, devant sa mauvaise spécificité, un FCU est recommandé :

- Si le FCU est normal, un nouveau test HPV est réalisé 1an après ;
- Si le FCU est anormal, il faut réagir en fonction de l'anomalie constatée.

Chez les femmes de moins de 30ans, la prévalence des infections à HPV transitoires est élevée et il existe un risque de surdiagnostic et surtraitement pouvant entraîner des complications obstétricales lors de grossesses ultérieures. Pour ces jeunes patientes, le dépistage du cancer du col reste fondé sur le FCU en première ligne.

❖ **Traitement des lésions précancéreuses**

Actuellement on admet que 80% des dysplasies légères et modérées peuvent régresser. Les différents traitements disponibles sont de 2 types :

➢ Les méthodes destructrices

- La cryothérapie, qui utilise un froid extrême pour détruire les cellules anormales ;
- La conisation ;
- Le traitement au laser ;

➢ Les méthodes d'exérèse

- La résection à l'anse diathermique (RAD) ;
- La conisation au bistouri ;
- L'amputation du col ;
- L'hystérectomie ;

- **La cryothérapie**

Elle est un mode de traitement sûr et efficace dans la majorité des cas de pré- cancer du col utérin avec un taux de guérison de 75 à 85%. La technique exige un équipement spécial, mais est plus simple que celle des autres méthodes de

traitement des lésions précancéreuses. La stratégie la plus rentable et efficace de détection et de traitement des précurseurs du cancer du col de l'utérus dans les contextes à faibles ressources est le dépistage par IVA-IVL, suivi d'un traitement par cryothérapie. Cette stratégie s'exécute idéalement en une seule visite et peut être confiée à un médecin ou autre personnel non médical compétent (infirmières et sages-femmes). C'est la stratégie du « screen and treat ». La cryothérapie est indiquée si la lésion recouvre moins de 75% du col utérin. Dans les cas où la cryothérapie ne serait pas indiquée ou disponible, il faut recourir aux autres méthodes de traitement, à savoir la résection à l'anse diathermique (RAD) ou la conisation au bistouri**[60]**.

1.6.3. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire du cancer du col de l'utérus concerne le diagnostic et le traitement des cancers avérés. Le traitement est basé sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant de Lagune (CHU-MEL) de la ville de Cotonou.

2.1.1. Présentation de la ville de Cotonou

Capitale économique du bénin, Cotonou est une ville située au sud du pays le long de la lagune et ouverte sur l'océan Atlantique. Il est situé sur le cordon littoral entre le lac Nokoué et l'océan Atlantique.

Son climat est de type équatorial où deux saisons pluvieuses (avril-juillet et septembre-octobre) alternent avec deux saisons sèches.

2.1.2. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant de Lagune

Au bord de la lagune de Cotonou, le CHU-MEL est situé à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou dans la zone sanitaire de Cotonou 1-Cotonou 4. La ville de Cotonou, située dans le département du Littoral, est une région côtière limitée dans sa zone méridionale par l'océan Atlantique. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un Hôpital de référence dans les domaines de la Gynécologie, de l'Obstétrique et de la Pédiatrie. En tant qu'établissement Hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et ré adaptatifs), la formation et la recherche.

- **Structure organisationnelle des services médicaux**

  Le CHU-MEL est divisé en deux grands services : le service de la mère représenté essentiellement par le service de gynécologie et d'obstétrique et le service de l'enfant.

Le service de la mère comprend :

➢ **Le secteur des consultations externes :**

- Comprends : consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale, planification familiale
- Le fonctionnement de la consultation prénatale est assuré par : deux (2) médecins gynécologues obstétriciens, six (6) sage-femmes, quatre (4) aides-soignantes puis les médecins en année de spécialisation et des étudiants en médecine générale.

➢ **Le bloc obstétrical d'urgence regroupant :**

- Le secteur de réception des urgences

Il accueille toutes les urgences obstétricales et gynécologiques. Les patientes sont mises en condition puis adressées dans les autres secteurs selon leur tableau clinique. Il est doté de trois (03) tables d'examen et de deux (02) lits pour les hospitalisations de jour. Les activités sont assurées par deux (02) sage-femmes, des étudiants en formation et de deux (02) aides-soignants, sous la supervision d'un médecin gynécologue-obstétricien.

- Le bloc salle de dilatation- salle d'accouchement

- La salle de dilatation d'une capacité de dix (10) lits accueille les femmes en travail d'accouchement. Elles viennent de la consultation prénatale (CPN), du service des urgences (référées, venues de leur domicile), du secteur d'hospitalisation. L'activité essentielle à la salle de dilatation consiste en la surveillance maternelle et fœtale puis la gestante passe en salle d'accouchement à la phase d'accouchement.
- - La salle d'accouchement dispose de sept (07) tables d'accouchement, d'un (01) lit réservé aux accouchements humanisés et de huit (08) tables pour l'examen des nouveau-nés munies de matériels de réanimation néonatale.

Les activités de la maternité sont assurées chaque jour par :

- Un médecin gynécologue obstétricien de garde ;
- Deux (02) équipes de cinq (05) sages-femmes ;
- Une équipe de huit (08) aides-soignants ;

Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins stagiaires en étude de spécialisation et les étudiants en médecine générale.

- Bloc opératoire

Le service médical de la mère dispose de trois salles d'interventions chirurgicales destinées essentiellement aux césariennes, aux laparotomies, à la cœlioscopie et à la réalisation d'examens sous valves.

On y exécute les interventions programmées et les interventions d'urgence. Les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs, les instrumentistes, les sages-femmes et les aides-soignants assurent le fonctionnement continu des activités du bloc opératoire.

➢ **Le secteur d'hospitalisation des mères : Bâtiment D1, D2 et G1 ;**

Le service de la mère dispose de deux (02) bâtiments réservés à l'hospitalisation des femmes. On y prend en charge les femmes ayant une pathologie sur grossesse, les accouchées, les césarisées, et celles ayant bénéficié ou en attente d'autres types d'interventions chirurgicales.

Le bâtiment D, comportant le niveau D1 et D2, dispose de vingt-deux (22) lits et de deux (02) salles de soins. Le secteur G1 situé au premier étage du bâtiment G, quant à lui dispose de quarante-huit (48) lits et d'une salle de soins. Le fonctionnement du secteur d'hospitalisation est assuré par :

- Deux (02) médecins gynécologues ;
- Dix (10) sage-femmes, neufs (09) infirmières ;
- Quinze (15) aides-soignants.

Ils sont aidés par les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique.

- **Le service de réanimation ;**
- **Les soins intensifs**

Il dispose de 15 lits d'hospitalisation. Le personnel est constitué de quatre (04) sage-femmes, quatre (04) infirmières, quatre (04) aides-soignants et un responsable du service. Il accueille les patientes venues des urgences ou parfois des hospitalisations dont le tableau clinique nécessite une mise en condition, mais aussi celles qui doivent bénéficier d'une surveillance régulière.

Les tâches sont assurées chaque jour par une équipe de deux (02) sage-femmes, deux (02) infirmiers et deux (02) aides-soignants. Ils sont aidés dans leur travail par des étudiants en spécialisation et en médecine générale.

- **La vaccination (au service de la mère et de l'enfant).**

Dans le service de la mère, nos activités se sont déroulées dans le secteur de bloc obstétrical d'urgence regroupant le service des urgences, la salle d'accouchement la salle de dilatation, le bloc opératoire puis les services des soins intensifs et, le service de réanimation.

- **Les autres services et secteurs dont deux (02) salles d'échographie.**

2.2. Méthode et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur une période de 4 ans et 6 mois allant du 1er Janvier 2017 au 30 juin 2021.

2.2.1. Population d'étude

Notre étude était portée sur les femmes reçues en consultation gynécologique pour l'un des signes d'alerte du cancer du col de l'utérus pendant la période d'étude. Des critères seront définis pour inclure ou exclure celles-ci de la cohorte.

2.2.2. Echantillonnage

- **Critères d'inclusion :**

Etaient inclues dans cette étude, les femmes :

- Suspicion clinique du cancer du col
- Examen anatomopathologique confirmant le diagnostic

❖ **Critères de non inclusion :**

Toute lésion suspectée mais l'histologie a révélé autre chose que le cancer du col utérin.

❖ **Critères d'exclusion**

Etaient exclues de cette étude toutes les patientes ayant un dossier médical incomplet.

2.2.3. Technique d'échantillonnage

Nous avions opté pour un échantillonnage non probabiliste avec recrutement exhaustif de tous les dossiers des patientes ayant un cancer du col de l'utérus et répondant aux critères sus décrits.

2.2.4. Les variables

Les variables étudiées sont réparties en :

- ❖ Variables sociodémographiques : âge, profession, zone de résidence, religion, âge du premier rapport sexuel, la gestité et la parité.
- ❖ Variables cliniques et paracliniques : Motif d'admission, des ATCD médicaux, obstétricaux et gynécologiques, des signes fonctionnels, signes physiques, mode d'admission
- ❖ Variables liées à la thérapeutique : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ; et l'évolution.
- ❖ Variables liées au pronostic : âge, données de la tumeur, atteinte lymphatique, stade clinique et les métastases.

2.2.5. Collecte des données

2.2.5.1. Equipe de collecte des données

La collecte des données était effectuée par nous-même sur KoBoCollect.

2.2.5.2. Techniques et outils

Les données des patientes sont recueillies grâce à l'exploitation des dossiers médicaux.

2.2.6. Déroulement

La collecte des données s'est opérée entre Août et septembre 2021 et ayant comme les dossiers médicaux des patientes. Une fiche saisie et pré testée validée sous forme de masque numérisée sur l'application KoBoCollect.

2.2.7. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies sous forme de base de données avec les logiciels CSPro version Android. Et l'analyse a été faite avec le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21. La comparaison des proportions entre les variables a été faite par le test Chi2 et de Pearson. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

3. RESULTATS

3.1. Epidémiologie

Sur 8150 patientes reçues en consultation gynécologique durant la période d'étude, 84 cas de cancers du col de l'utérus ont été confirmés soit une prévalence de 1,03%.

3.2. Caractéristiques sociodémographiques

3.2.1. Age

Tableau III: Répartition selon l'âge des patientes

Ages (année)	Effectif(n)	Pourcentage(%)
≤25	3	3,6
26-30	4	4,7
31-35	5	5,9
36-40	9	10,7
41-45	11	13,1
46-50	17	20,2
51-55	7	8,3
>55	28	33,3
Total	**84**	**100**

L'âge moyen des patientes était de **51 ans** avec les extrêmes de **28** et **80 ans**. La classe d'âge la plus représentée était celle des personnes de plus de 55ans. Les patientes jeunes (≤40 ans) représentaient 25% (n=21).

3.2.2. Profession

Les ménagères étaient les plus représentées dans notre série dans une proportion de 42,8% (n=36). Les patientes à revenu mensuel fixe représentaient 21,3% dans patientes.

Tableau IV: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif(n)	Pourcentage (%)
Fonctionnaire de l'Etat	4	4,7
Employée du privé	11	13,1
Agent de santé	3	3,5
Retraitée	5	5,9
Commerçante	25	30
Ménagère	36	42,8
Total	**84**	**100**

3.2.3. Niveau d'instruction

Sur l'ensemble, plus de la moitié soit 55,9% (n=47) avaient au moins le niveau du secondaire.

Tableau V: Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Primaire	27	32,1
Secondaire	20	23,8
Supérieur	9	10,7
Analphabète	23	27,4
Non précisé	5	5,9
Total	**84**	**100**

3.2.4. Etat matrimonial et type de relation

3.2.4.1.Etat matrimonial

Les femmes en couple étaient majoritaires dans notre série dans une proportion de 64% (n=54).

Le figure 1 montre la répartition des femmes en fonction de leur situation matrimoniale.

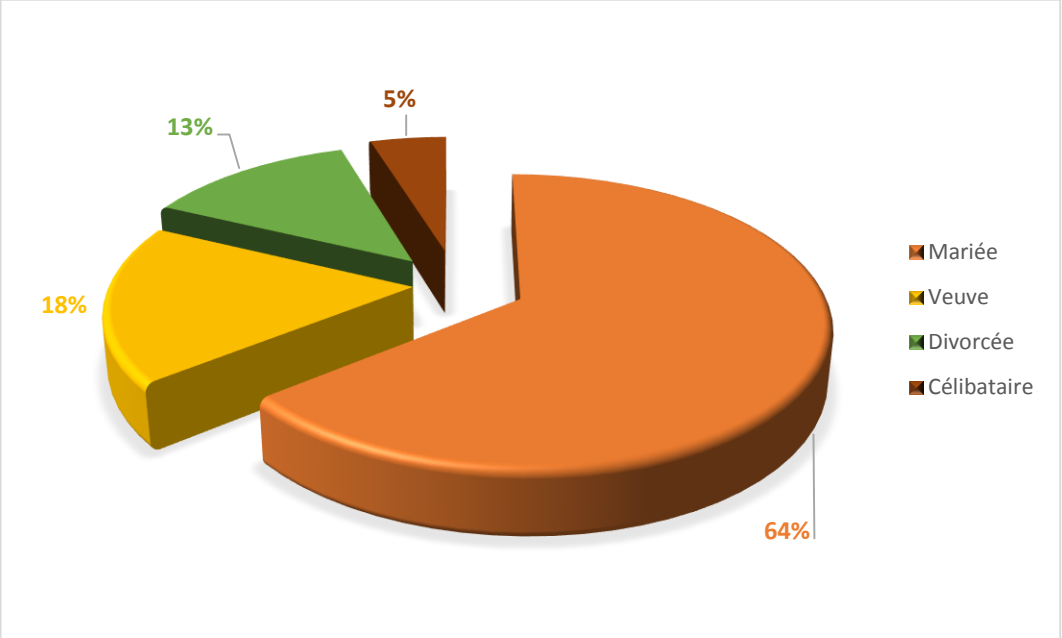


Figure 11: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

3.2.4.2. Type de relations

Parmi les femmes en couple, près de la moitié soit 45% vivaient dans un régime polygame et 31% dans un régime monogame.

Le figure 2 montre la répartition en fonction du statut du partenaire

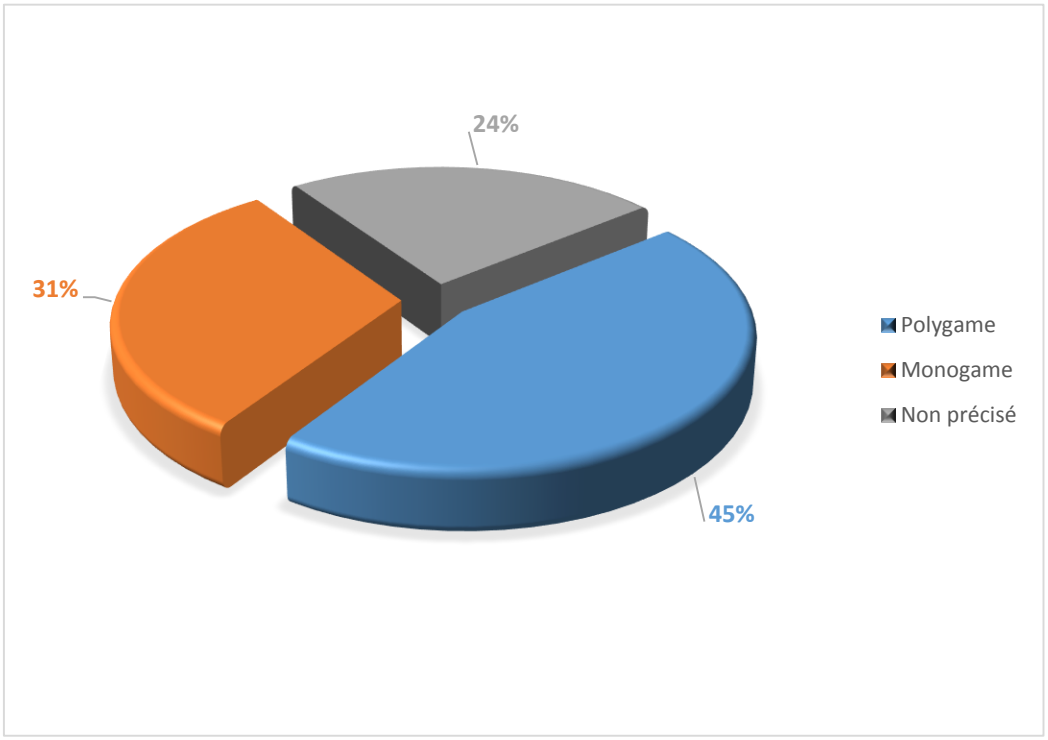


Figure 12: Répartition des patientes en couple en fonction de leur statut de partenaire

3.2.5. Lieu de résidence

La majorité des patientes de notre étude proviennent majoritairement de la ville de Cotonou en tête, suivie de la ville d'Abomey Calavi et de Porto Novo.

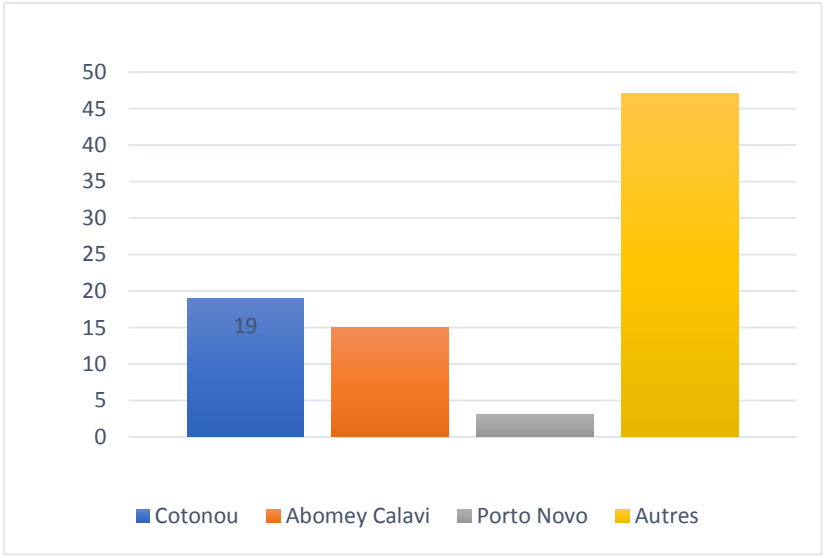


Figure 13 : Répartition des patientes en fonction de leur provenance

3.3.Antécédents gynécologiques et obstétricaux

3.3.1. Age des premières règles = ménarche

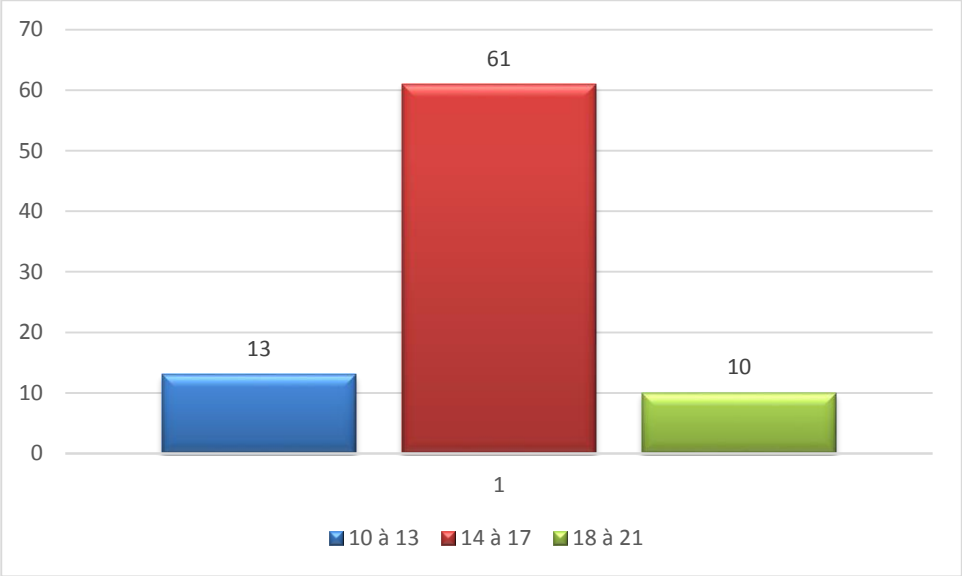


Figure 14: Répartition des patientes en fonction de l'âge de leur ménarche

L'âge moyen de la ménarche est de 15 ans ± 0,07 ; la majorité (72,6%) avaient eu leur ménarche entre 14 et 17 ans, et était précoce (≤13ans) dans 15,5% (n=13).

3.3.2. Age du premier rapport sexuel

L'âge minimal de l'activité sexuelle chez nos patientes était de 14ans. La majorité, soit 83,33%(n=70) avaient eu leur premier rapport sexuel entre 18 et 25ans alors que 16,7%(n=14) avaient eu d'activité sexuelle entre 14 et 17 ans.

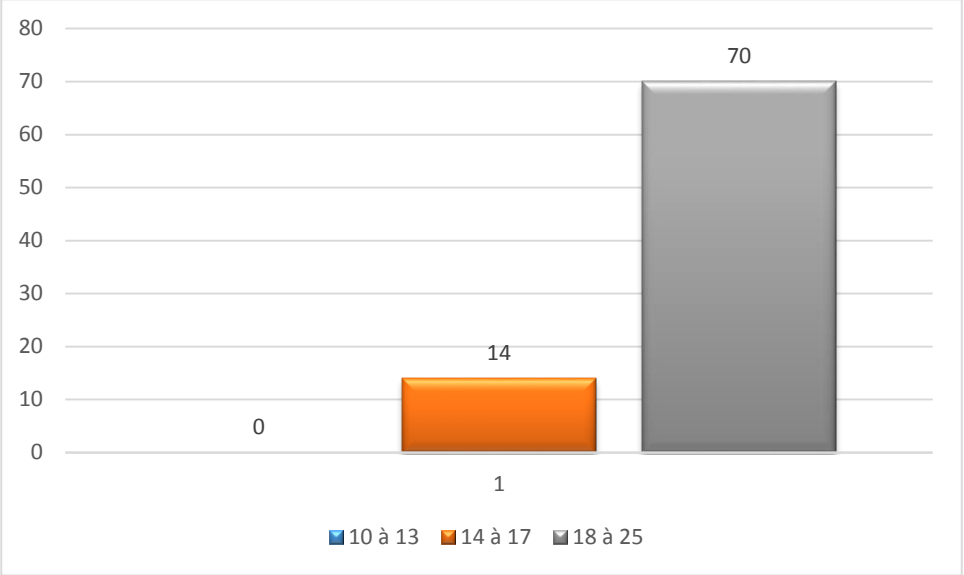


Figure 15: Répartition des patientes selon l'âge du premier rapport sexuel

3.3.3. Notion de contraception

La méthode contraceptive a été utilisée par 21%(n=18). Parmi celles-ci, 77,8%(n=14) avaient pris de pilule oestro-progestative.

Tableau VI: Répartition des patientes en fonction de la pratique de la contraception

Contraception	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Notion de contraception		
Oui	18	21
Non	66	79
Total	**84**	**100**
Type de contraceptif		
Pilule	14	77,78
Autres	4	22,22

3.3.4. Ménopause

A travers ce diagramme, les femmes ménopausées plus de 46 ans sont majoritaires, elles représentent 79%(n=66) des patientes.

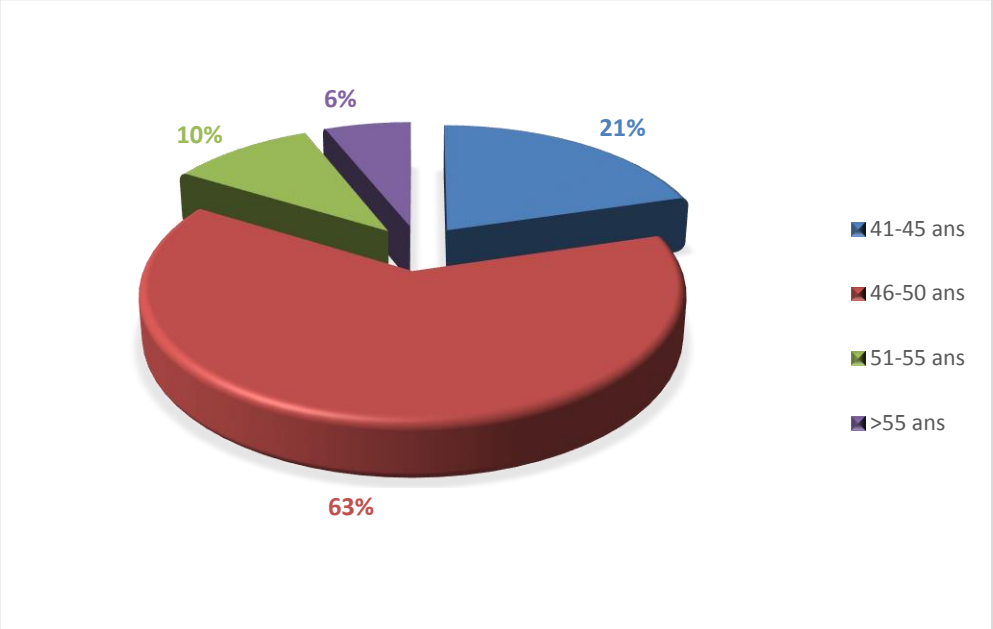


Figure 16: Age de survenue de la ménopause des femmes

3.3.5. Gestité

Les multigestes représentaient 87% des patientes de notre série.

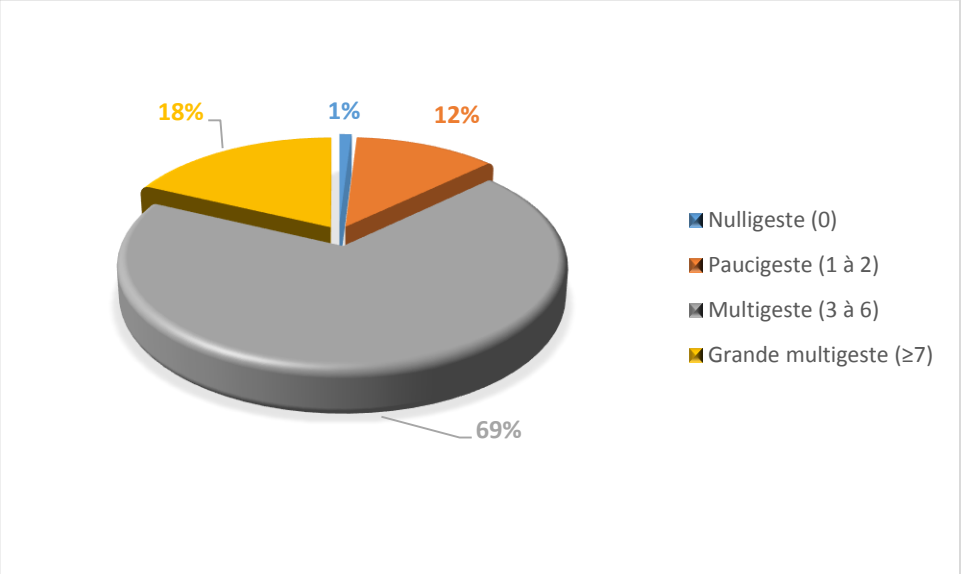


Figure 17: Répartition des patientes en fonction de la gestité

3.3.6. Parité

Les multipares représentaient 71% des cas.

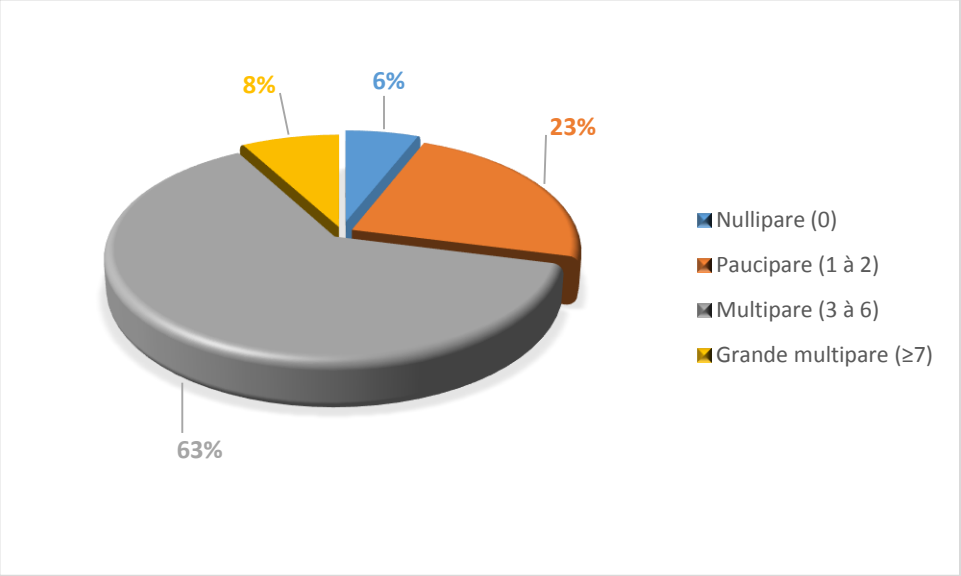


Figure 18: Répartition en fonction de la parité des patientes

3.3.7. Grossesse comme circonstance de découverte du cancer du col de l'utérus

Le diagnostic de cancer du col de l'utérus était porté chez 13,1%(n=11) des patientes au décours de la surveillance prénatale.

3.4. Pathologies générales associées

Le cancer du col de l'utérus s'était développé le plus souvent sur un terrain d'hypertension artérielle, d'asthmatique et de diabète type dans des proportions de 41,7% (n=35), 25% (n=21) et 19% (n=16).

Tableau VII: Pathologies médicales associées

Variables	Effectif(n)	Pourcentage(%)
HTA	35	41,67
Diabète	16	19,05
Asthme	21	25
Obésité	11	13,1
VIH-SIDA	6	7,1
Drépanocytose	5	5,9
Aucun	13	15,5

3.5. Notion d'antécédent familial de cancer

Près d'un tiers des patientes soit 32%(n=27) avaient un antécédent familial de cancer gynécologique et mammaire.

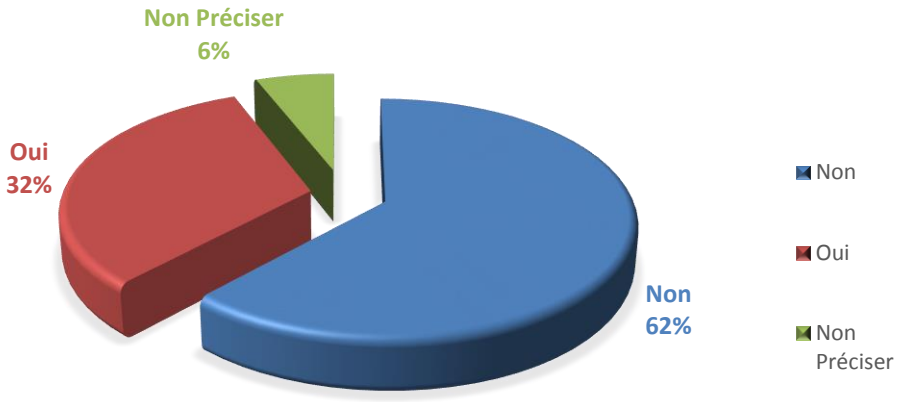


Figure 19: Notion d'antécédent familial de cancer

3.6. Tabagisme

La notion de tabagisme était retrouvée chez 11,9%(n=10) des patientes avec 7 sur 10 de cas de tabagisme passif.

3.7.Données cliniques de la maladie

3.7.1. Délai à la consultation

Le délai moyen de consultation est de 6 mois avec un minimum de 1 mois et un maximum de 72 mois.

Tableau VIII: Délai à la consultation

Délai à la consultation	
Délai moyen	6 mois
Délai médian	5 mois
Extrêmes	1-72 mois

3.7.2. Circonstances de découverte

Les circonstances de découvertes étaient les signes étaient les signes d'alerte du cancer du col utérin dans 76,2% ; et l'examen clinique suivi des tests IVA/IVL systématique en consultation dans 23,8%.

3.7.2.1. Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA)

L'examen du col avec l'acide acétique de 65 cols utérins avait permis d'observer 76,9% (n=50) positifs dont 7 cas de suspicion de cancers invasifs. Dans 23% (n=15) le test IVA était faux négatifs ou douteux.

Tableau IX: Résultats de l'IVA

IVA	Effectif	Pourcentage(%)
Inspection Visuelle à l'Acide Acétique		
Oui	65	77,4
Non	19	22,6
Total	**84**	**100**
Résultats obtenus		
Positive	43	66,15
Négative	13	20
Douteuse	2	3,08
Suspicion clinique de cancer	7	10,77
Total	**65**	**100**

3.7.2.2. Inspection visuelle au Lugol (IVL)

L'examen du col avec la solution de Lugol de 56 cols utérins avait permis d'observer 80,37% (n=45) positifs dont 8 cas de suspicion de cancers invasifs. Dans 19,63% (n=11) le test IVL était faux négatifs ou douteux.

Tableau X: Résultats de l'inspection visuelle au Lugol

IVL	Effectif	Pourcentage(%)
Inspection Visuelle au Lugol		
Oui	56	66,67
Non	28	33,33
Total	**84**	**100**
Résultats obtenus		
Positive	37	66,07
Négative	5	8,93
Douteuse	6	10,7
Suspicion clinique de cancer	8	14,3
Total	**56**	**100**

3.7.2.3. Colposcopie

La colposcopie avait été réalisée chez 58 patientes et seulement 48,3% des cas étaient suspects de cancers invasifs.

Tableau XI: Compte rendu de la colposcopie

Variables	Effectif	Pourcentage(%)
Colposcopie		
Oui	58	69,05
Non	26	30,95
Total	**84**	**100**
Résultats obtenus		
Aspect normal	3	5,2
Cancer invasif	28	48,3
Lésion de bas grade	10	17,2
Lésion de haut grade	17	29,3
Total	**58**	**100**

3.7.2.4. Frottis cervico utérin (FCU)

Le frottis avait été effectué chez 69 patientes et avait montré un aspect cytologique de carcinome infiltrant dans 33,33% des cas.

Tableau XII: Compte rendu du frottis cervico utérin

Frottis Cervico Utérin	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	69	82,14
Non	15	17,86
Total	**84**	**100**
Résultats obtenus(n=69)		
Frottis normal	4	5,8
Inflammatoire	5	7,2
Atypies nucléaires(ASCUS)	10	14,5
Lésion de bas grade	12	17,4
Lésion de haut grade	8	11,6
Aspect cytologique de carcinome infiltrant	23	33,33

3.7.3. Motifs de consultation

Les métrorragies étaient le signe fonctionnel génital le plus fréquent dans une proportion de 76,2% (n=64) suivi d'écoulement vaginal (Hydrorrhée et leucorrhées) dans 63% (n=53) des cas.

La dysurie représentait le signe fonctionnel urinaire le plus fréquent de cancer du col de l'utérus dans une proportion de 56% des cas suivi de la brûlure mictionnelle dans 45,2%.

Les signes rectaux les plus fréquents étaient les épreintes et les rectorragies dans des proportions 13,1% et 6%.

Les signes non spécifiques associés au cancer du col de l'utérus étaient : digestifs (14,3%) suivi des signes pulmonaires (toux) dans 5,9%.

Tableau XIII: Répartition en fonction des signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage(%)
Signes génitaux		
Métrorragies post coïtales	41	48,8
Métrorragies spontanées	23	27,4
Leucorrhées	30	35,7
Hydrorrhées	23	27,4
Dyspareunie	9	10,7
Dysménorrhée	3	3,57
Pesanteur pelvienne	10	11
Prurit vaginal	8	9,5
Signes urinaires		
Dysurie	47	56
Brûlure mictionnelle	38	45,2
Pollakiurie	17	20,2
Rétention urinaire	19	22,6
Hématurie	4	4,7
Signes rectaux		
Ténesmes	5	5,9
Epreintes	11	13,1
Rectorragies	5	5,9
Défécation douloureuse	4	4,7
Autres signes		
Céphalées	5	5,9
Nausées/vomissements	6	7,1
Toux	5	5,9
Douleur/oppression thoracique	2	2,4
Constipation	3	3,5
Diarrhées	1	1,2
Douleur abdominale	2	2,4

3.7.4. Examen de l'état général

L'examen de l'état général avait été précisé chez toutes nos patientes dont ¾ (75%) étaient classées grade 1 de l'OMS.

Tableau XIV: Etat général des patientes

Etat général	Effectif(n)	Pourcentage(%)
OMS1	63	75
OMS2	14	16,7
OMS3	7	8,3
Total	**84**	**100**

3.7.5. Examen gynécologique

Il se présente comme suit :

- ❖ L'inspection de la vulve et du périnée
- ❖ L'examen au spéculum
- ❖ Les touchers pelviens : toucher vaginal (TV) et toucher rectal(TR)

3.7.5.1. Examen de la vulve

L'examen de la vulve était normal dans 61,9% des cas. L'inflammation et/ ou l'ulcération était notée dans 8,3% des cas.

Tableau XV: Appréciation de la vulve des patientes

Examen de la vulve	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Aspect de la vulve		
Normal	52	61,9
Anormal	32	38,1
Total	**84**	**100**
Anomalies observées		
Souillée (de sang et sérosité)	14	43,75
Inflammatoire	5	15,6
Ulcérée	2	6,25
Condylomes	4	12,5

3.7.5.2. Examen au spéculum

a) Aspect du col

Dans 97,6% des cas, le col utérin était d'aspect anormal. Le bourgeonnement était l'anomalie du col la plus fréquemment observée dans une proportion de 41,7%. Il est suivi du col gros et/ ou œdématié (33,5%) et du col ulcéronécrotique (16,7%).

Tableau XVI: Aspect du col utérin à l'examen au spéculum

Aspect du col	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Normal	2	2,38
Rouge	4	4,76
Œdématié	11	13,1
Gros	18	21,42
Bourgeonnant	35	41,67
Ulcéro-nécrotique	14	16,67
Total	**84**	**100**

b) Aspect de la paroi vaginale

Dans 29,3% (n=33) des cas les parois vaginales étaient anormales à l'examen clinique. L'inflammation (rougeur) était l'anomalie la plus observée dans une proportion de 26,2% (n=22).

Tableau XVII: Aspect de la paroi vaginale à l'inspection

Paroi vaginale	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Paroi saine	51	60,71
Rouge	22	26,2
Ulcérée	7	8,33
Hémorragique	4	4,76
Total	**84**	**100**

c) Taille de la tumeur

La taille de la tumeur était inférieure à 4 cm chez 18 patientes (21,4%) et supérieure à 4 cm chez 45 patientes (53,6%).

Tableau XVIII: Répartition de la taille tumorale

Taille de la tumeur	Effectif(n)	Pourcentage(%)
< 4cm	18	21,4
> 4cm	45	53,6
Non précisé	21	25
Total	**84**	**100**

3.7.5.3. Eléments du Toucher Vaginal (TV)

Le toucher vaginal avait révélé un col anormal dans 80% (n=64). Le caractère hémorragique du col était le plus fréquent (80%) suivi du caractère dur du col utérin dans une proportion de 52,7% (n=48).

Tableau XIX : Résultats du toucher vaginal

Toucher vaginal	Effectif	Pourcentage(%)
Consistance de la lésion		
Indurée	54	62,3
Molle	21	25
Mixte	9	10,3
Total	**84**	**100**
Caractère douloureux		
Oui	64	76,2
Non	20	23,8
Total	84	100
Saignement au contact		
Oui	80	95,2
Non	4	4,8
Total	**84**	**100**

3.7.5.4.Extension locale et régionale

a) Examen du vagin et du rectum

Les patientes qui avaient à l'examen un vagin non envahi étaient du nombre de 43 soit 51,2%. Celles qui avaient un envahissement des 2/3 supérieurs du vagin étaient au nombre de 22 soit 26,2%. Par contre, l'envahissement du 1/3 inférieur du vagin était retrouvé chez 12 patientes soit 14,3%.

Les paramètres étaient libres chez 25 patientes. Ils étaient le plus souvent envahis chez 43 patientes (51,2).

L'extension à la muqueuse rectale était dans 12% (n=10)

Tableau XX: Récapitulatif des touchers pelviens

	Effectif	Pourcentage(%)
Envahissement du vagin		
Non	43	51,2
2/3 sup	22	26,2
1/3 inf	12	14,3
Non précisé	7	8,3
Etat des paramètres		
Non atteints	25	29,8
Atteinte proximale	11	13,1
Atteinte distale	13	15,5
Atteinte à la paroi	19	22,6
Non précisé	16	19,05
Envahissement rectal		
Non	41	48,8
Atteint	10	12
Non précisé	33	39,2

3.7.5.5. Examen des aires ganglionnaires

Les adénopathies inguinales ont été retrouvées chez 7 patientes soit 8,33%.

a) Examens paracliniques

i. Bilan diagnostique

1. Examen anatomo-pathologique

L'examen anatomo-pathologique était réalisé chez toutes les patientes. Il a permis de distinguer 2 types histologiques des tumeurs du col utérin. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent dans une proportion de 83,3%(n=70).

Tableau XXI: Compte rendu de l'histologie

Histologie	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Carcinome épidermoïde micro-invasif	38	45,3
Carcinome épidermoïde invasif	23	27,4
Carcinome épidermoïde in situ	9	10,7
Adénocarcinome	14	16,7
Total	**84**	**100**

b) Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne

Seulement 8 patientes (9,52%) ont pu réaliser le scanner thoraco-abdomino-pelvien qui a permis de déceler : 2 cas de métastases pulmonaires, 1 cas de métastases hépatiques, 2 cas d'atteinte ganglionnaire, 2 cas d'envahissement paramétrial, 1 cas d'uretéro-hydronéphrose bilatérale. Par ailleurs, le scanner a révélé des lésions associées telles qu'une plage de verre dépoli sous pleurale en apical inférieur droit et un kyste rénal polaire inférieur droit classé BOSNIAK II dans 1 cas.

3.7.6. Imagerie par résonnance magnétique

D'accessibilité difficile et très couteuse, l'imagerie par résonnance magnétique n'a été réalisée que chez deux (2) patientes dont :

- la première montrait un processus d'allure maligne du col de l'utérus classé stade II de FIGO et pas d'atteinte de la vessie ni du rectum ;
- la deuxième montrait une image d'aspect d'un processus tissulaire isthmo cervical s'étendant au tiers proximal du vagin avec une légère infiltration des paramètres apparaissant en hypersignal en diffusion et se réhaussant de façon intense et hétérogène après injection produit de contraste : lésion très suspecte de malignité classée FIGO IIIa, absence de lésion d'allure secondaire médiastinale, pulmonaire, hépatique, péritonéale, lymphatique ou osseuse.

3.7.6.1. Bilan d'extension

a) Echographie abdomino-pelvienne

L'échographie abdomino-pelvienne avait été demandée lorsqu'on suspectait des métastases abdominales et/ou pelviennes. Elle avait été réalisée chez 67 patientes soit 79,8% où 8 cas ont révélé une métastase hépatique (nodules) ; 2 cas d'uretéro-hydronéphrose bilatérale et 1 cas d'ascite.

b) Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire était réalisée chez 35 patientes. On notait des images évocatrices de localisations secondaires (image en lâcher de ballon) chez 2 patientes soit 5,7% des cas.

c) Rectoscopie

Dans notre série, la rectoscopie a été pratiquée lorsqu'on suspectait une atteinte rectale (tumeur à développement postérieur ou infiltration de la cloison recto-vaginale à l'examen clinique). Sur 17 indications, elle était réalisée dans 11,9% (n=10) et avait révélé un envahissement rectal dans 2 cas.

d) Cystoscopie

La cystoscopie a été demandée chez 26 patientes lorsqu'on suspectait une atteinte vésicale. Elle était réalisé chez 20% (n=17) et avait révélé un envahissement vésical dans 4 cas.

e) Urographie intraveineuse

Sur 16 indications de l'urographie intraveineuse lorsqu'on suspectait une atteinte de l'appareil urinaire, elle n'était réalisée que dans 10% (n=8) dont 3 cas de retard de sécrétion d'urines.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la réalisation du bilan d'extension

Bilan d'extension	Nombre de cas	Pourcentage(%)
RX pulmonaire	67	79,80
Echographie abdomino-pelvienne	35	41,70
Scanner abdomino-pelvien	8	9,50
IRM	2	2,40
Urographie Intra Veineuse	8	9,50
Cystoscopie	17	20,20
Rectoscopie	10	12

3.7.6.2. Résultats du bilan d'extension

Au terme du bilan d'extension, nous avons détecté :

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon les résultats du bilan d'extension

Résultats du bilan	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Uretéro-hydronéphrose	2	2,4
Adénopathies	12	14,3
Atteinte vésicale	4	4,8
Atteinte rectale	2	2,4
Métastases hépatiques	9	10,7
Métastases pulmonaires	3	3,6

a) Bilan de retentissement

Tableau XXIV: Compte du bilan de retentissement

Bilan de retentissement	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Numération Formule Sanguine		
Normale	39	46
Anormale	45	54
Total	84	100
Anomalies observées		
Anémie	35	42
Autres(Leucocytose, Thrombopénie)	10	12
Total	45	54
Glycémie		
Normale	67	80
Hypoglycémie	6	7
Hyperglycémie	2	2
Total		
	75	89
Calcémie		
Normale	48	57
Diminuée	25	30
Total	73	87

b) Classification FIGO

Le cancer du col de l'utérus opérable (IA, IB) représentait 42,8% (n=36) dont 25% (n=21) de lésions précoces.

Le cancer du col de l'utérus au stade évolué ou métastatique représentait 57,2% (n=48).

Tableau XXV: Répartition des stades de FIGO

Stades	Effectif(n)	Pourcentage(%)
IA1	3	3,5
IA2	18	21,4
IB1	2	2,4
IB2	10	12
IB3	3	3,5
IIA1	4	4,8
IIA2	1	1,2
IIB	14	16,67
IIIA	3	3,5
IIIB	9	10,7
IIIC	7	8,33
IVA	4	4,8
IVB	6	7,1
Total	**84**	**100**

3.8.Traitement

3.8.1. Chirurgie

3.8.1.1. Résultats

La chirurgie conservatrice (conisation et trachélectomie) était réalisée dans 13% (n=11), la chirurgie radicale non carcinologique était réalisée pour 19% (n=16) des cas et la chirurgie radicale carcinologique l'était dans 30,9% (n=31).

L'abstention chirurgicale était observée dans 36,9% (n=31).

Tableau XXVI: Attitudes thérapeutiques

Attitudes thérapeutiques	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Abstention chirurgicale	31	36,9
Chirurgie curative		
Conisation	9	16,9
Trachélectomie	2	3,8
Hystérectomie élargie + Colpohystérectomie + Lymphadénectomie	16	30,1
	26	49,05
Total	**84**	**100**
Appendicectomie complémentaire	19	35,84
Chirurgie palliative		
Dérivation des urines	2	3,8

3.8.1.2. Complications observées après chirurgie

Les complications retrouvées chez les patientes opérées étaient essentiellement infectieuses, hématologiques , digestives, thromboemboliques, génito-urinaires et dans 24,5%(n=13) ;13,2%(n=7); 11,3% (n=6); ; 7,6%(n=4) et7,6%(n=4).

Tableau XXVII: Complications post chirurgicales

Complications post opératoires	Effectif (n=53)	Pourcentage(%)
Complications infectieuses		
Infection urinaire	4	7,5
Infection pariétale	6	11,3
Infection respiratoire	1	1,9
Infection génitale	2	3,8
Complications digestives		
Nausées-Vomissements	4	7,5
Blessures d'organes	1	1,9
Occlusion sur bride	1	1,9
Complications thromboemboliques		
Embolie pulmonaire	1	1,9
Thrombophlébite	1	1,9
Lymphocèle	2	3,8
Complications génito-urinaires		
Anurie	1	1,9
Dysurie	3	5,7
Complications hématologiques		
Hémorragie paramétriale	2	3,8
Anémie post opératoire	5	9,4

3.8.2. Radiothérapie

Nous avons eu à notifier que 2 patientes ont été soumises à une radiothérapie à l'étranger mais les informations ne sont pas au complet.

3.8.3. Chimiothérapie

Nous avons eu 15 patientes soumises à la chimiothérapie (palliative, néo adjuvante et adjuvante). Le protocole indiqué était celui de 5 Fluoro-Uracile + Cisplatine.

3.9.Résultats thérapeutiques et évolution

3.9.1. Contrôle à 3 mois

Le contrôle de nos patientes à trois mois a été effectué chez 64 patientes. Vingt patientes (23,8%) ont été perdues de vu et n'ont pas été vues en consultation de suivi à 3 mois. Le suivi a été marqué par 6 cas de récidives dont 3 sont locales et 3 métastatiques.

3.9.2. Rechutes à 3 ans:

Le nombre de total qui ont rechuté est de 11 (20,7%). Le délai d'apparition était de 24 mois en moyenne.

3.9.2.1. Rechutes locales

Le nombre de patientes qui ont rechuté localement à 3 ans est 7 (13,2%).

3.9.2.2. Rechutes métastatiques

Le nombre de rechutes métastatiques est un plus réduit que les locales soit au nombre de 4 (7,5%).

3.9.2.3. Les caractéristiques des rechutes :

- **Stade initial**

  La plupart des malades qui ont rechuté localement étaient à des stades avancés, stade IIB dans 4 cas et IIIB dans 7 cas.

- **Type histologique**

  Le type histologique était dans la plupart des cas un carcinome épidermoïde soit dans 70,4%.

- **Taux d'hémoglobine**

  Le taux d'hémoglobine était <12g/dl dans plus de la moitié des cas dans les récidives locales et même dans les récidives métastatiques.

Un stade clinique avancé, une anémie avec un taux d'hémoglobine inférieure à 12g/dl semblent être les facteurs expliquant la survenue de ces récidives.

3.9.3. Décès

Le nombre de patientes décédées à 3 ans étaient de 10 :

- 4 cas des rechutes locales
- 2 cas avaient des rechutes locales et métastatiques
- 2 cas avaient des rechutes métastatiques
- 2 cas de cause inconnue

3.10. Survie des patientes

3.10.1. Survie sans rechute locale

La survie sans rechute locale à 3 ans de nos malades était de 67,8%(n=57). Selon les modalités thérapeutiques, elle se présente comme suit :

- En cas de chirurgie : 90,5% (n=48)
- En chimiothérapie : 60% (n=9)

3.10.2. Survie globale des patientes à 3 ans

Le taux de survie globale de nos patientes à 3 ans était de 76,2% (n=64).

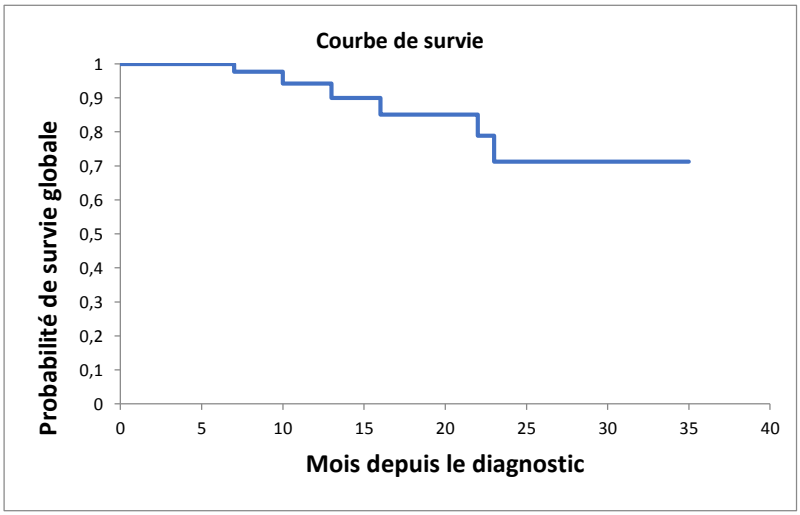


Figure 20: Courbe de survie à 3 ans des patientes

3.11.Facteurs pronostiques

3.11.1. Analyse univariée

Nous avons identifié 5 facteurs pronostiques :

3.11.1.1. Le stade selon la FIGO

La probabilité de survie globale à 3 ans diminue quand le stade clinique avance. Cette probabilité est respectivement pour les stades I, II, III et IV de 86,11% ; 73,7% ; 68,4% et 60% (*p<0,001).*

Tableau XXVIII: Survie à 3 ans selon le stade FIGO

Stades FIGO	Survie à 3 ans
I	**86,11%** (31)
II	**73,7%** (15)
III	**68,4%** (13)
IV	**60%** (6)
Total	**100** (64)

3.11.1.2. L'anémie

En cas d'un taux d'hémoglobine inférieure à 12g/dl, le taux de survie globale est de 46,7% et s'améliore à 66,7% lorsque le taux d'hémoglobine est supérieur à 12g/dl avec *p* très significatif de 0,009.

3.11.1.3. L'âge avancé

En analyse univariée, la survie globale à 3 ans des patientes si l'âge > 40 ans est de 44,44% et de 71,4% en cas de l'âge < 40 ans avec *p* à 0,006

3.11.1.4. Atteinte ganglionnaire

En cas d'atteinte ganglionnaire pelvien et/ou lomboaortique, la probabilité de survie globale à 3 ans est de 57,1% et augmente à 78,9% en cas d'absence d'adénopathie avec un *p* significatif à 0,02.

3.11.1.5. Le type histologique

Le taux de survie globale à 3 ans est de 48,6% en cas de carcinome épidermoïde et de 71,4% en cas d'adénocarcinome avec *p=0,04*.

3.11.2. Analyse multivariée

En analyse multivariée, nous avons identifié 2 facteurs :

- Le stade clinique selon FIGO avec *p*=0,009 très significatif
- L'âge avancé avec *p*=0,02

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude se base sur les trois (3) critères suivants :

- ❖ L'atteinte des objectifs de l'étude
- ❖ La qualité et la validité des résultats
- ❖ La comparaison des résultats avec ceux des études d'autres auteurs.

4.1.L'atteinte des objectifs de l'étude :

Au terme de cette étude, nous avons pu calculer la prévalence des cancers du col de l'utérus chez les patientes reçues en consultations au CHU-MEL de Cotonou de 2017 à 2021. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes et les facteurs de risques de risques ont pu être précisés. Les moyens de diagnostic et de prise en charge posent toujours de problème faute de moyens financiers adéquats d'une part, et d'autre part, selon les croyances socioculturelles. Plusieurs facteurs aggravant le pronostic des patientes ont été notifiés. Ainsi, nous avons atteints tous nos objectifs qui ont été assignés au début de l'étude.

4.2. Qualités des données et validité des résultats

Nous avions mené une étude rétrospective à visée étiologique et pronostique. Pour cela, nous avions effectué dans un premier temps, un recensement exhaustif des dossiers médicaux de toutes les patientes reçues en consultation gynécologique pour suspicion de tumeur cervicale et ; dans un second temps, nous avions procédé à une sélection des cas bien confirmé pour cancer du col de l'utérus. Néanmoins, certaines données concernant des bilans paracliniques de suivi et le traitement par chimiothérapie et radiothérapie n'ont pas été recensées. Mais, il faut noter que ce manque d'informations n'enlève rien à la qualité et la validité des résultats obtenus.

4.3. Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

4.3.1. Epidémiologie

De 2017 à 2021, nous avons colligé un total de 84 cas de cancer du col de l'utérus au CHU-MEL de Cotonou soit une prévalence de 1,03%. Ce taux se rapproche de celui trouvé par **KABIBOU** en 2015 à Parakou**[100]** qui était de 1,04%.Selon Globocan en 2020, 604 127 (3,1%) nouveaux cas sont dans le monde. Par ailleurs, selon **EGUE et al**, les données du registre de cancer de Cotonou montraient que le cancer du col de l'utérus représentait 17% de l'ensemble des cancers de la femme. Il existe un écart énorme dans la fréquence de ce cancer entre les pays développés et les pays en voie de développement, un écart qui est dû en majorité aux possibilités de dépistage précoce et de traitement des lésions précancéreuses et de traitements offerts dans les pays industrialisés.

4.3.2. Caractéristiques sociodémographiques

4.3.2.1.Age

Dans notre série, l'âge moyen des patientes est de 51 ans ± 0,8 avec les extrêmes de 28 et 80 ans. Cette moyenne était similaire à celles obtenues par **SAMAKE** en 2014**[95]**, **KONATE** en 2013**[96]** et des données du cancer du col en France avec respectivement 49,64 ans ; 50,8 ans et 51 ans. Elle est supérieure à celle de **N'GUESSAN K et al** en 2006 **[97]**qui ont trouvé un âge moyen de 48,5 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des personnes de plus de 55 ans dans notre étude, ce qui se rapproche des constats de **MAJJOUI et al** au Maroc en 2011**[93]**.

Il ressort que le cancer du col de l'utérus survient le plus vers l'âge avancé et cela pourrait s'explique par une longue durée de persistance puis de transformations des lésions précancéreuses.

4.3.2.2. Profession et condition socio-économique

Les ménagères étaient les plus représentées dans notre série dans une proportion de 42,8%. Les patientes à revenu mensuel fixe représentaient 21,3% dans patientes. Ces résultats sont semblables à plusieurs résultats de la sous-région et en France. Une étude américaine portant sur 750.590 femmes, qui ont bénéficié d'un tes pap pour la première fois, montre que plus de la moitié sont issues de minorités sociales et ethniques. Les femmes noires et hispaniques ont représenté 14,4%et 19,3%.

4.3.2.3. Niveau instruction

Plus de la moitié soit 55,9% (n=47) avaient au moins le niveau du secondaire. Ce qui se rapproche un peu des données de la littérature française du fait que les femmes ayant un niveau de vie élevé ont un risque multiplié par 2.

4.3.2.4. Age précoce des rapports sexuels

Dans notre étude, l'âge minimal de l'activité sexuelle chez nos patientes était de 14ans. La majorité, soit 83,33%(n=70) avaient eu leur premier rapport sexuel entre 18 et 25ans alors que 16,7%(n=14) avaient eu d'activité sexuelle entre 14 et 17 ans. Ceci rejoint les résultats donnés par la **Vecchia** en 1986 qui a démontré que les femmes ayant commencé leur activité sexuelle avant 20 ans et avec au moins 2 partenaires sexuels ont 3 fois plus de risque de cancer du col de l'utérus **[67,68]**.

4.3.3. Régime matrimonial

Dans notre étude, les femmes en couple étaient majoritaires dans notre série dans une proportion de 64%, ce taux est proche de ceux rapportés par deux auteurs au Cameroun et au Bénin. Le risque de cancer du col est plus augmenté chez les femmes qui se marient plusieurs fois et serait liés au nombre augmenté de rapports sexuels non protégés qui peuvent induire à leur tour des Infections Sexuellement transmissibles.

4.3.3.1. Gestité et multiparité

Les multigestes et multipares prédominent majoritairement dans notre série. Nos résultats sont supérieurs à celui de **DRISSA T.** au Maroc en 2012**[92]**. Le risque de cancer du col de l'utérus est plus grand lorsque la parité est plus grande, ce qui pourrait s'expliquer par les traumatismes créés lors de l'accouchement et qui pourraient favoriser le développement des lésions dysplasiques.

4.3.3.2. Contraception

La méthode contraceptive a été utilisée par 21%. Parmi celles-ci, 77,8%(n=14) avaient pris de pilule oestro-progestative. Si la contraception est débutée à un âge précoce chez les femmes ayant une infection à HPV, est corrélée à un risque plus élevé de cancer du col de l'utérus **[63,69-71]**. Une analyse de données groupées à partir de 10 études cas témoins de patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif laisse penser que l'utilisation à long terme de contraception pourrait augmenter le risque de cancer du col de l'utérus jusqu'à 4 fois chez les femmes ayant une infection à HPV**[49]**. Par contre, pour **FOSSAT C.[80]**, aucune étude n'a pu démontrer une augmentation du risque par utilisation de contraceptif.

4.3.3.3. Tabagisme

La notion de tabagisme était retrouvée chez 11,9%(n=10) des patientes avec 7 sur 10 de cas de tabagisme passif. Dans notre contexte socioculturel, le tabagisme reste encore très peu fréquent chez les femmes. Plusieurs études ont montré que le tabagisme aurait un effet immunosuppresseur favorisant une infection à HPV chronique et plus active et montrent que les fumeuses ont un risque 2 fois supérieur aux non fumeuses**[78]**. L'équipe de **J. BRISSON** a réalisé une étude cas témoins portant sur 247 patientes souffrant de cancer cervical et 137 cas témoins qui met clairement en évidence une augmentation significative du risque de développer cette pathologie chez les fumeuses**[73]**.

4.3.4. Notion d'antécédent familial de cancer

Près d'un tiers des patientes soit 32% avaient un antécédent familial de cancer gynécologique et mammaire. Dans la littérature, aucune étude ne rend compte de la notion de prédisposition héréditaire d'un cancer du col de l'utérus, contrairement au cancer du sein, de l'endomètre et des ovaires.

4.3.5. Diagnostic

4.3.5.1. Clinique

4.3.5.2. Circonstances de découverte et délai à la consultation

Dans notre étude, les circonstances de découverte du cancer du col de l'utérus au CHUMEL étaient : les signes d'alerte de cancer du col de l'utérus et l'examen clinique suivi des tests IVA/IVL systématique en consultation. Nous avons trouvé que le délai moyen de consultation était de 6 mois avec les extrêmes de 1 et 72 mois. Nos malades avaient consulté tardivement. Dans la littérature, ce délai est de l'ordre de 4 mois en raison d'un suivi gynécologique plus rigoureux comportant la pratique régulière d'un FCV**[44]**. Dans notre contexte, il existe des considérations sociales (pudeur, ….) qui empêchent les femmes de consulter pour des signes gynécologiques mais également la difficulté d'accès aux soins. Ces contraintes pourraient expliquer le long délai à la consultation et donc le diagnostic à des stades avancés. Par ailleurs, certains gestes contribuent fortement au dépistage.

- **Tests visuels : IVA et IVL**

  L'examen du col avec l'acide acétique de 65 cols utérins avait permis d'observer 76,9% de cas positifs dont 7 cas de suspicion de cancers invasifs. Dans 23% des cas, le test IVA était faux négatifs ou douteux. Alors que l'examen du col avec la solution de Lugol de 56 cols utérins avait permis d'observer 80,37% de cas positifs dont 8 cas de suspicion de cancers invasifs. Dans 19,63%, le test IVL était faux négatifs ou douteux. Ces résultats sont

très élevés de ceux trouvés par **ADJAHOTO** qui rapporte respectivement 15,4% de réactions positives pour l'IVA et 20,5 pour l'IVL**[79]**.

❖ **Colposcopie**

La colposcopie avait été réalisée chez 58 patientes et avait monté 48,3% des cas étaient suspects de cancers invasifs. Ce taux est très loin de celui trouvé par **ADJAHOTO** qui rapporte un taux de 11,1 de femmes ayant fait la colposcopie**[79]**.

❖ **Frottis cervico-utérin**

Le frottis avait été effectué chez 69 patientes et avait montré un aspect cytologique de carcinome infiltrant dans 33,33% des cas. Nous avons noté un taux faible malgré qu'il représente l'examen de dépistage. Il aurait favorisé une baisse de l'incidence de la mortalité des patientes dans les pays développés. En Finlande, le dépistage par frottis couvre 100% de la population cible tous les 3 à 5 ans, le pays qui a la plus faible incidence de cancer du col dans le monde. De même, dans certains pays développés, les frottis sont systématiques lors de tout examen gynécologique**[90]**.

4.5.4.2. Signes fonctionnels

❖ **Signes fonctionnels génitaux**

✓ **Métrorragies**

C'est le maître symptôme du cancer du col utérin. Typiquement, c'est une perte de sang rouge vif, indolore, en dehors des règles, peu abondante et dont le caractère pathognomonique est d'être provoqué. Les métrorragies surviennent en général après les rapports sexuels ou toilette intime. Dans notre série, les métrorragies étaient rapportées chez la quasi-totalité des patientes avec un caractère provoqué par les toilettes intimes et/ ou les rapports sexuels. **FRITIH[75]** rapporte des métrorragies comme signe révélateur dans 54 des cas et **D. MUTEGANYA[76]** les retrouve dans 91,42% des cas. Dans la série de **S. SAHROUI[64]** la majorité des patientes ont présenté des métrorragies lors du diagnostic (92,2%). Selon

l'étude **D. NGUYEN[65]**le maître symptôme révélant la cancer utérin était les métrorragies, présentes dans 88,7% des cas.

✓ **Leucorrhées :**

Peuvent être le signe révélateur, elles traduisent l'inflammation propre du cancer entraînant des pertes troubles plus ou moins infectées. Dans notre étude, elles sont retrouvées dans 63% des cas. Notre résultat est un peu plus élevé à celui dans la série de **KAJAM** (44%)**[67]**. Par ailleurs, **ZAMIATI et al [66]**les retrouvent dans 11,7% des cas et ; **S. SAHRAOUI[64]**les retrouve dans 15 des cas. La variation de ces résultats pourrait être due aux différents stades de la maladie et d'éventuellement complications infectieuses.

✓ **Autres signes**

Dans notre série, nous avons trouvés que les douleurs pelviennes, sensation de pesanteur pelvienne et les dyspareunie sont aussi des signes révélateurs dans peu de cas. Selon **A. DEM[77]**, les douleurs pelviennes sont présentes dans 19,5% des cas alors que **ABDELLAOUI[68]** rapporte des douleurs pelviennes chez 34,64% des cas.

❖ **Signes urinaires**

La dysurie représentait le signe fonctionnel urinaire le plus fréquent de cancer du col de l'utérus dans une proportion de 56% des cas suivi de la brûlure mictionnelle dans 45,2%. Cependant, **KAJAM [67]**avaient retrouvé dans sa série d'étude des troubles urinaires chez 14,2% des patientes. Ces signes sont essentiellement retrouvés en cas de compression extrinsèque et/ou envahissement des uretères.

❖ **Signes rectaux**

Les signes rectaux les plus fréquents étaient les épreintes et les rectorragies dans des proportions 13,1% et 6%. Dans la littérature, ce sont des signes tardifs et s'apparaissent en cas d'envahissement ou de compression du rectum.

4.5.4.3. Examen physique

a) Etat général

Dans notre série, la plupart des patientes soit 75% des cas étaient en bon état général classées grade 1 de l'OMS. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de **HANDASSI [69]**qui avait trouvé 78,6% des malades en bon état général et ce dernier s'altère que dans 10, les principales causes semblent l'anémie(liée à la métrorragie) et les métastases extra pelviennes notamment pulmonaires et cérébrales. Nous pensons que le fait que l'état général est le plus souvent conservé justifie en partie les consultations tardives. En revanche, il y a aussi l'ignorance des malades qui minimisent les petites métrorragies de contact. Le rôle des guérisseurs traditionnels n'est pas à exclure dans ce contexte.

4.5.4.4. Aspects macroscopiques des lésions

Le bourgeonnement était l'anomalie du col la plus fréquemment observée dans une proportion de 41,7%. Il est suivi du col gros et/ ou œdématié (33,5%) et du col ulcéronécrotique (16,7%). Nos résultats contrastent avec ceux des études antérieures au Bénin. Par ailleurs, ils se concordent avec ceux de **ABDELLAOUI [68]**qui retrouvent l'aspect bourgeonnant dans 49% des cas.

La taille de la tumeur était supérieure à 4 cm dans 53,6% des cas. Alors que **MAJJAOU**I au Maroc en 2011 retrouvait une taille tumorale supérieure à 4 cm dans 67,6%.

4.5.4.5. Bilan paraclinique de diagnostic

- **Examen anatomo-pathologique :**

L'examen anatomo-pathologique était réalisé chez toutes les patientes. Dans notre contexte, la biopsie est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic. Il a permis de distinguer 2 types histologiques des tumeurs du col utérin. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent dans une proportion de 83,3%. Ces taux est un peu plus élevé selon la série d'étude de **BAGNAN**

TONATO et al en 2013 **[6]**qui retrouvait les carcinomes épidermoïdes dans 62% et les adénocarcinomes dans 38% des cas. Par ailleurs, des études européennes spécifiques rapportent que la prédominance des adénocarcinomes est observée jusqu'à 45 ans, ce qui est un peu différent de notre étude.

❖ **Scanner thoraco-abdomino-pelvien**

C'est un examen d'imagerie qui permet de préciser les dimensions de la tumeur, l'extension au corps utérin, l'envahissement des ganglions iliaques et lomboaortiques, l'envahissement des organes pelviens, le retentissement sur le haut appareil urinaire et la présence des métastases hépatiques te pulmonaires. Dans notre série, il avait été considéré non comme bilan diagnostique mais aussi comme bilan d'extension ; et n'a été effectué que chez 8 patientes en montrant des métastases hépatiques, pulmonaires et des adénopathies. Mais il a ses limites dans l'appréciation du volume tumoral et son extension paramétriale.

❖ **Imagerie par résonnance magnétique**

Elle permet une excellente appréciation du volume tumoral, de l'extension tumorale locorégionale vers les paramètres et de l'envahissement en profondeur de l'endocol et l'endomètre ; elle n' a été réalisée que chez 2 patientes. L'IRM a montré sa supériorité par rapport à la TDM pour évaluer le volume tumoral et ses extensions.

4.5.5. Bilan d'extension

4.5.5.1. Bilan clinique

L'extension locale et régionale ont été rapportées à l'aide du toucher vaginal (TV) et du toucher rectal (TR). Le TV a été fait chez toutes les patientes et avait montré un envahissement des 2/3 supérieurs du vagin dans 26,2% et l'envahissement du 1/3 inférieur du vagin dans 14,3%. Le TR avait permis de constater l'envahissement paramétrial dans 51,2% jusqu'à la partie distale.

L'examen des aires ganglionnaires iliaques permet de recherche la présence des adénopathies qui étaient retrouvées dans 8,33% des cas.

L'examen physique seul ne suffit pas de conclure à un bilan d'extension et de donner une bonne classification. L'évaluation de l'atteinte des paramètres dans les stades I et II n'est pas toujours aussi aisé et précise, il en est de même pour les l'infiltration rectale et vésicale au stade III.

4.5.5.2. Bilan paraclinique

Les examens complémentaires sont peu faits et cela s'explique par le niveau socio-économique faible de la majorité des patientes qui est un problème très important à combattre.

L'échographie abdomino-pelvienne peu performante et relativement peu coûteuse avait été réalisée dans 79,8% des cas. Son utilisation avait pour but de déceler des métastases hépatiques si la TDM n'était pas faite. Le taux retrouvé dans notre série est nettement supérieur à celui de **YOMI** (40%)**[70]**.

La radiographie pulmonaire avait été faite par 35 patientes. On notait des images évocatrices de localisations secondaires(image en lâcher de ballon) dans 5,7% des cas.

Le bilan endoscopique à savoir la rectoscopie et la cystoscopie avait été peu réalisé. La rectoscopie avait été demandée lorsqu'on suspectait une atteinte rectale (tumeur à développement postérieur ou infiltration de la cloison recto-vaginale à l'examen clinique). Sur 17 indications, elle était réalisée dans 11,9% et avait révélé un envahissement rectal dans 2 cas. Tandis que la cystoscopie avait été demandée chez 26 patientes lorsqu'on suspectait une atteinte vésicale. Elle était réalisé dans 20% et avait révélé un envahissement vésical dans 4 cas.

Quant à l'urographie intra veineuse, sur 16 indications lorsqu'on suspectait une atteinte de l'appareil urinaire, elle n'était réalisée que dans 10% dont 3 cas de retard de sécrétion d'urines.

Nous avons constaté que le bilan d'extension tel qu'il est fait ne permet pas de d'évaluer avec précision l'étendue des néoplasies cervicales. Ce qui nous laisse penser que les stades cliniques sont soit sous-estimés, soit surestimés. Les travaux de **YOMI** ont permis de noter de surstadification (35%) et de sous stadification (55%), avec seulement 10 de concordance entre la clinique et la paraclinique**[70]**.

Le message que nous lançons aux décideurs politico-administratifs est d'équiper les hôpitaux et de faciliter l'accès aux différents examens.

4.5.5.3. Classification FIGO

Dans notre série d'étude, le cancer du col de l'utérus opérable (IA, IB) représentait 42,8% dont 25% de lésions précoces. Le cancer du col de l'utérus au stade évolué ou métastatique représentait 57,2%.

YOMI au Cameroun **[70]**lors d'une analyse d'une population de 111 femmes atteintes de CUU, a trouvé que les stades limités IA, IB et IIA représentent 31,5% alors que les stades avancés IIB, IIIA, IIIB et IV représentent 68,5%. Dans une étude, **MARTEL [71]**rapporte par contre la prédominance des stades localisés. Dans une autre étude portant sur 312 cas de CUU, **DURAND[82]** a trouvé que 73,4% des malades étaient au stade IIB ; 9 étaient au stade IIA et 17 étaient au stade IIB. Par ailleurs, **BAGNAN TONATO et al [6]**retrouvaient que plus de 60 des cancers du col utérin sont découverts aux stades III et IV.

La discordance notée dans les résultats des différentes séries est attribuable au niveau socio-économique d'une part et à la pratique ou non du dépistage d'autre part. En effet, dans les pays industrialisés où existe une politique de dépistage, la fréquence des stades avancés est faible par rapport à celle des lésions précancéreuses et des formes localisées. Alors que dans les pays en voie de développement, l'absence du dépistage fait que le cancer est souvent découvert au stade avancé.

4.6.Traitement

4.6.1. Chirurgie

L'abstention chirurgicale était observée dans 36,9%. Trois patientes sur dix n'ont pas bénéficié de traitement chirurgical parce que vue à un stade tardif, ce qui justifie l'abstention thérapeutique. Le nombre de malades non opérables dans nos conditions du travail est très important, on devrait donc avoir une proportion plus importante de patientes non opérées. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs cas étaient jugés opérables suite à la classification clinique mais en per opératoire, de nombreux cancers se sont révélés sous stadifiés. Ce qui a requis la plupart du temps une hystérectomie dite de propreté

La chirurgie conservatrice (conisation et trachélectomie) était réalisée dans 13%, la chirurgie radicale non carcinologique était réalisée pour 19% des cas et la chirurgie radicale carcinologique l'était dans 30,9%. L'appendicectomie complémentaire était réalisée dans 35,85% des cas. Selon les recommandations actuelles de la **FIGO**, l'hystérectomie simple est préconisée au stade IA1. Du stade IA2 au stade IIB proximal, on procède à une chirurgie radicale comportant une colpohystérectomie avec lymphadénectomie et/ou appendicectomie complémentaire. Les stades IIB distal à IV nécessitent une radiothérapie simple ou une radiochimiothérapie concomitante.

4.6.2. Chimiothérapie et radiothérapie

La chimiothérapie avait instaurée chez 14 patientes. Le principal facteur qui limite son accessibilité est le coût élevé des molécules et la réalisation des bilans de suivi. Elle est souvent utilisée avec la chirurgie sur un mode soit néoadjuvant ou adjuvant. Elle engendre le plus souvent des complications hématologiques dites de toxicité. Une politique de subvention pourrait favoriser le meilleur suivi des patientes.

La radiothérapie joue un rôle prépondérant dans la curabilité des cancers du col utérin. Elle s'intègre dans le cadre d'un traitement pluridisciplinaire. Deux

patientes ont été soumises à la radiothérapie à l'étranger du fait de son inexistence au Bénin. Ceci constitue un vrai problème de santé dont nous faisons l'appel aux autorités politico-administratives de bien penser à développer la médecine nucléaire.

4.7.Evolution

4.7.1 Complications

- **Complications de la chirurgie**

Les complications post opératoires aiguës des 53 patientes opérées étaient essentiellement infectieuses, hématologiques, digestives, thromboemboliques et génito-urinaires dans 24,5%; 13,2%; 11,3%; 7,6% et7,6%. **BROSZE et al [83]**ont rapporté 12 des complications périopératoires chez 116 patientes : 8,6% de plaies vasculaires, 2,5% de plaies vésicales et 0,8% de plaies digestives. Les complications urinaires ont été observées dans environ 2 des cas lors des hystérectomies de type Piver II, dans 14% des cas pour les hystérectomies de type Schauta-Amrreich, alors que le taux d'incidence des troubles de la vidange vésicale peut atteindre 40. Le taux des complications digestives à type de syndrome occlusif ainsi que les troubles thromboemboliques et les lymphocèles sont de l'ordre de 5.

- **Complications de la radiochimiothérapie concomitante**

Dans notre étude, nous n'avons pas eu des informations sur ces complications. Néanmoins des auteurs sont rapporté que ce sont essentiellement des complications hématologiques (neutropénie, anémie et thrombopénie) ; digestives (anorexie, nausées, vomissements et diarrhées) et rénales (toxicité pouvant entraîner une insuffisance rénale).

4.7.2. Récidives

❖ **Récidives locales**

Dans notre étude, nous avons noté 13,2% de récidives locales. Le délai d'apparition moyen était de 24 mois. Selon **FOTIOU [84]**, les facteurs de risque de récurrence du cancer du col sont le stade clinique, le volume de la tumeur, l'envahissement lymphatique et parfois le type histologique. Il a montré que le taux de récidives locorégionales était plus élevé chez les femmes ayant un stade avancé. Selon le type histologique, les taux de récidives et en particulier en topographie pelvienne sont significativement plus élevés pour les adénocarcinomes que pour les carcinomes épidermoïdes : 28,6% versus 13,3%. Dans notre étude, les facteurs qui semblent impliqués sont le stade clinique avancé, la taille tumorale importante et une anémie. Le traitement des récidives est un peu difficile. Dans notre étude, 4 patientes ont bénéficié d'une chirurgie palliative par dérivations des urines afin de lever l'obstacle de l'écoulent des urines.

❖ **Récidives métastatiques**

Les métastases peuvent être ganglionnaires ou viscérales. Dans notre étude, nous les retrouvons dans 7,5% des cas. Les sites métastatiques étaient les poumons, le foie, le péritoine et les ganglions. Les facteurs impliqués étaient le stade avancé, la taille tumorale importante et l'inobservance de la chimiothérapie. Le pronostic des métastases est sombre. Selon **MARTEL[71]**, contrairement aux récidives locales, le taux de métastases reste équivalent entre les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes (12,2 contre 11,2).

4.7.3. Facteurs pronostiques

❖ **Stade clinique de la tumeur**

Le pronostic est essentiellement lié au stade FIGO car le taux de survie varie significativement quand il s'agit d'un stade avancé. Selon

WAGGONER[81], la survie diminue si le stade avance. Ce que confirme notre étude pour une survie à 3 ans.

Stades FIGO	SG à 5 ans	SG à 3 ans (Notre étude)
I	**84-93%**	**86,11%**
II	**60%**	**73,7%**
III	**30%**	**68,4%**
IV	**15%**	**60%**

❖ **L'anémie**

Il y a une corrélation entre le stade de la tumeur et la fréquence d'une anémie définie par un taux d'hémoglobine inférieure à 12g/dl. Dans notre série d'étude, le taux d'hémoglobine semble être important. En cas de taux d'hémoglobine inférieur à 12g/dl, le taux de survie à 3 ans est de 46,7 et s'améliore en cas de taux supérieur à 12g/dl avec un *p* significatif à 0,009. La fréquence des anémies varie en effet dans les séries publiées de 25 en cas de stade I, à 33 en cas de cancer de stade II et jusqu'à 40 en cas de cancer de stade III. Il y a aussi une corrélation entre l'anémie et la survie des patientes et c'est l'un des facteurs pronostiques les plus importants après le stade et la taille tumorale. **GROGAN et al** ont montré que les patientes non anémiques en début de traitement et qui le deviennent durant la radiothérapie ont un pronostic aussi défavorable que les patientes initialement anémiques.

❖ **L'âge**

Il est difficile en voyant la littérature de se faire une idée de l'impact ronostique de l'âge. Notre étude montre que la survie globale à 3 ans des patientes si l'âge > 40 ans est de 44,44% et de 71,4% en cas de l'âge < 40 ans avec *p*=0,09 non significatif. Dans une étude rétrospective de l'IGR, l'âge

inférieur à 30 ans est un facteur de mauvais pronostic puisque la survie de ces patientes est de 69 contre 85 en cas d'âge supérieur à 30 ans.

❖ **Le type histologique**

Le taux de survie globale à 3 ans est de 48,6% en cas de carcinome épidermoïde et de 71,4% en cas d'adénocarcinome avec p=0,04 significatif. Le pronostic des adénocarcinomes est fortement corrélé à la taille tumorale, à l'atteinte ganglionnaire et au degré de différenciation de la tumeur. A l'opposé, **MARTEL [71]** fait le constat d'une survie à 5 ans de 60 pour les adénocarcinomes de stade I et de 90 pour les carcinomes épidermoïdes du même stade. **MOBERG** et al, de même que **KJORSTAD** et al rapportent également des études concluant au caractère péjoratif de l'adénocarcinome et suggèrent que les malades opérées auraient un risque plus élevé de récidives**[86]**.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La prévalence du cancer du col de l'utérus au CHUMEL de Cotonou de 2017 à 2021 était 1,03% des consultations gynécologiques. L'âge moyen de diagnostic du cancer du col de l'utérus était de 51 ans. Les facteurs de risque majeurs étaient la multiparité et le retard à la consultation. Le diagnostic était dans la majorité (57,8%) tardif et évolué. Les carcinomes épidermoïdes étaient les plus représentés. Le traitement n'était pas optimal. Les facteurs qui aggravaient le pronostic des patientes étaient l'âge avancé et le stade clinique avancé.

La promotion du dépistage, le traitement des lésions précancéreuses, le suivi gynécologique régulier et un traitement basé sur les protocoles sont à encourager.

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer les indicateurs du cancer du col, nous formulons les suggestions et recommandations suivantes :

❖ Aux autorités politiques et administratives

- Renforcer le Programme de Lutte contre le Cancer ;
- Equiper les structures sanitaires en matériel afin de faciliter le dépistage, permettre le bilan diagnostique, le bilan d'extension et renforcer les possibilités de prise en charge thérapeutique ;
- Encourager les campagnes de dépistage et le suivi gynécologiques pour les patientes de masse
- Améliorer le niveau de connaissances du cancer du col utérin, en organisant des activités périodiques et permanentes d'informations, d'éducation et de communication (IEC) ;
- Sensibiliser les tradithérapeutes sur les manifestations du cancer et leur inculquer la nécessité de référer les malades le plus tôt possible vers les centres de santé ;
- Construire des hôpitaux de référence en cancérologie ;
- Doter le pays d'un centre de radiothérapie ;
- Mettre en place un régime d'assurance maladie pour tout le monde ;
- Promouvoir le développement multisectoriel en général par l'alphabétisation, la lutte contre la pauvreté surtout de la population féminine.

❖ Au personnel soignant

- Sensibiliser les patientes pour la prévention des facteurs de risque et encourager le suivi gynécologique;

- Pratiquer le dépistage systématique chez toute femme en activité sexuelle et traiter les lésions précancéreuses
- Rechercher avec minutie au cours de la consultation, tous les facteurs de risque de cancer du col utérin auxquels la patiente a pu être exposé ;
- Orienter vers les centres de référence, sans attendre toutes les patientes présentant des manifestations suspectes de cancer du col de l'utérus.

❖ **A toutes les femmes en activité génitale**

- Aller se faire dépister et accepter le traitement des lésions précancéreuses;
- Aller en consultation dès l'apparition de la moindre manifestation génitale comme les métrorragies, les leucorrhées et/ou les hydrorrhées, et les dyspareunie.
- Adopter les bonnes pratiques de vie qui permettent de lutter contre les facteurs de risque.

REFERENCES

1. **BALDAUF JJ, BERGERON C, BERNIGAND E, CLERG S, PINIEUX I, SAINT-JEAN M et al**. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (HAS) 2010; 235:17-8
2. **INTERNATIONNAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER**. Estimed Cancer Incidence, Mortality And Prevalence Worldwide In 2012.Globocan 2012 [En ligne]. http://globocan.iarc.fr/
3. **AGENCE INTERNATIONALE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER.** Fardeau mondial du cancer, récentes statistiques sur le cancer du monde monte à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012: augmentation marquée des cancers du sein doit être abordée. GLOBOCAN 2012, Organizations Press mondiale de la Santé de presse,12 Décembre 2013. [En ligne]. http://www.iarc.fr/en/mediacentre/ pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
4. **DUPORT N, HEARD I, BARRE S, WORONOFF AS.** Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bull Epidémiol Hebd 2014;13:220-1
5. **DANGOU JM, KEITA N, MBAYE K.** Prévention et management du cancer du col de l'utérus en Guinée. Africain Health Monitor 2012;15:1-7
6. **TONATO BAGNAN JA, DENAKPO JL, HOUNKPATIN B,AGUIDA L, LOKOSSOU A, De SOUZA J et al**. Epidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'HOMEL et dans le CUGO Cotonou, Bénin. Bull Cancer 2013;100:141-6
7. **MINISTERE DE LA SANTE (BENIN).** Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018. Cotonou : MS: PNLMNT. 2007;180p
8. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (Genève)**. La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles dans Prise en charge intégrée de la santé génésique et sexuelle et des maladies

chroniques. Genève: OMS 2007;300p

8. NANI S, BENALLAL M, HASSOUNE S, KISSI D, MAAROUFI A. Participation des médecins généralistes de la province de Benimellal (Maroc). PAMJ 2013;17:152

9. YAKOUBOU A. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de cancer du col de l'utérus: Enquête auprès de 124 agents de santé.Thèse Méd : Cotonou 2001;N°958. 115p

10. SELLORS JW, SANKARANARAYANAN R. Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants. Lyon : World Health Organization – international Agency for Research on Cancer (IARC). 2004;142p

11. TOURRIS de H, MAGIN G, Pierre F. Gynécologie et obstétrique, manuel illustré : Pathologie non cancéreuse du col utérin. Ed:7 Paris : Masson 1997-2000;61p.

12. TRANBALOC P. Histoire naturelle des lésions précurseurs du cancer du col utérin. Gynécologie obstétrique & fertilité 2008 ;36:650-655

13. GARNIER DELAMARE. Dictionnaire illustré des termes de Médecine. Ed:31 Paris, Maloine, 2012.

14. LE PETIT LAROUSSE. Dictionnaire encyclopédique. Version numérique.2010

15. ESSI MJ, OUDOU N. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) en Recherche Médicale. Laboratoire de Recherche sur les Hépatites Virales et Communication en Santé-FMSB 2013;14:1-3

16. NAIMA El A. Les cancers du col utérin (à propos de 172cas). Thèse Méd : Casablanca 2006;N°17.187p

17. LANSAC J, LECOMTE P, MARRET H. Investigation en gynécologie, cancer du col de l'utérus: Collection pour le praticien gynécologie.Ed:7; Paris, Masson, 2007;21-93

18. **BASEMAN JG, KOUTSKY LA.** The epidemiology of human papillomavirus infections. J Clin Virol 2005;32 Suppl 1:S16-24

19. **HO GY, BIERMAN R, BEARDSLEY L, CHANG CJ, BURK RD.** Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. N Engl J Med 1998;338(7):423-8

20. **RIETHMULLER D, SCHAAL JP, MOUGIN C.** Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. Gynecol Obstet Fertil 2002;30(2):139-46

21. **AYNAUD O.** Les comportements sexuels des consultants d'un centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH à Paris. Contracept Fertil Sex 1997;25(3):242-50

22. **DUPORT N.** Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances – Actualisation 2008. Institut de Veille Sanitaire – France. 2008

23. **BAILLET**. Cancérologie - Service de radiothérapie de la faculté de médecine de l'université Pierre et Marie Curie 2002 – 2003. [En ligne]. http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/cancero.pdf [consulté le 4 octobre 2016]

24. **MULLER JM, DUPARC J, DUPARC F.** Anatomie pour les étudiants dans Cray's : Pelvis et périnée. Paris, Elsevier Masson, 2006; 379p

25. **CLIFFORD G, FRANCESCHI S, DIAZ M, MUNOZ, VILLA LL.** HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. Vaccine 2006;24(5):26-34

26. **JEYACHELVI K, JUWITA S, NORWATI D.** Human papillomavirus Infection and its Vaccine : Knowledge and Attitudes of Primary Health Clinic Nurses in Kelantan, Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev 2016;17(8):3983-8

27. **MOSCICKI AB, ELLENBERG JH, VERMUND SH, HOLLAND CA,**

28. **DARRAGH T, CROWLEY-NOWICK PA, et al.** Prevalence of and risks for cervical human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in adolescent girls: impact of infection with human immunodeficiency virus. Arch Pediatr Adolesc. Med2000;154(2):127-34

29. **JAMIESON DJ, DUERR A, BURK R, et al.** Characterization of genital human papillomavirus infection in women who have or who are at risk of having HIV infection. Am J Obstet Gynecol 2002;186(1):21-7

30. **SOCIETE CANADIENNE DU CANCER.** Qu'est-ce que le cancer ? [En ligne]. www.cancer/ca/fr-ca/cancer-info [consulté le 4 octobre 2016]

31. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).** Cancer du col utérin, contraceptions orales et parité. Genève, OMS, relevé épidémiologique hebdomadaire N°20. 2002

32. **KOUAMO II EI**. Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé à Bamako relatives au cancer du col l'utérus et du sein. Thèse Méd : Bamako.2005.102p

33. **BLUMENTHAL P, DONNAY, EDAURD E, ISLAM M.** Préventiondu cancer du col de l'utérus dans les milieux aux ressources limitées. Out look 2000;18:345-53

34. **BOULANGER JC.** Organisation du dépistage du cancer du col: que faut-il changer? Rev Prat Gyn Obst 2006;33(2):28-34

35. **MOUBIAYI N, BOGAERT E, BOMAN F et al.** Histoire du suivi cytologique de 148 femmes atteintes d'un cancer invasif du col utérin. Gynécol obstet Fertil 2002;30:210-7

36. **PALEFSKY JM, HOLLY EA.** Immunosuppression and co-infection with HIV. J Natl Cancer Inst Monogr 2003;(31):41-6

37. **BODY G, CALAISE G, FETISSOF F, LEFLOCH O, LANSAC J.** Cancer du col de l'utérus. Encyclo.Med-chir (Paris-France)

gynécologie,60017,11-1988,2

38. **BERNARD P.** Les néoplasies intraépithéliales de haut grade du col utérin. Alpes med2002 grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/gyneco/147b/leconimprim.pdf [Enligne].http://www-sante.ujf-

39. **SAHRAOUI S, BOURAS N, ACHARKI A, BENIDER A, TAWFIQ A, JOUHADI H, et al.** Adénocarcinome du col utérin : étude rétrospective de 83 cas. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2013;30(4):291-98

40. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique : cancer invasif ducol utérin. Janvier 2010 [En ligne]. www.has-sante.fr ou www.e- cancer.fr

41. **TRANBALOC P.** Adénocarcinome in situ de l'endocol : difficultés du diagnostic cytohistologique. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Gynécol Obstét Fertil 2002;30:308-15

42. **BERNARD P.** Cancers invasifs du col utérin. Alpes med 2002 [En ligne].http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/ gyneco/gyneco/147c/leconimprim.pdf

43. **PHILIPE M, DAMIENNE C.** Cancer du col utérin : pratique en gynécologie-obstétrique. Paris, Masson, 2005

44. **BRETELLE F, CRAVELLO L, YANG L, BENMOURA D, ROGER V, BLANC B.** Conisations non in sano :quelle attitude adopter ? Annales de chirurgie 2000 ;125(5) :444-49

45. **BAFGHI A, CASTAIGNE D, POMEL C.** Trachélectomie élargie : de la laparoscopie à la voie vaginale. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction 2006;35(7):696-701

46. **HAIE-MEDER C, BRETON C, de CREVOISIER R, GERBAULET A.** Curiethérapie dans les cancers du co1 utérin. Quelles orientations thérapeutiques ? Cancer/Radiothérapie 2000;4(2):133-9

47. **ZYLBERAIT D.** Chimiothérapie et traitements systémiques du cancerdu col de l'utérus. La Revue de Médecine Interne 1995;16(6):421‑33
48. **BOULANGER L.** Cancer du col de l'utérus de moins de 4 cm : quel traitement pour quelle tumeur, Thèse d'exercice. Lille, France:Université du droit et de la santé.2006
49. **LEROUGE D, TOUBOUL E, LEFRANC JP, UZAN S, JANNET D, MOUREAU-ZABOTTO L, et al.** Association concomitante préopératoire de radiothérapie et de chimiothérapie dans les cancers du col utérin opérables de stades IB2,IIA et IIB proximal de gros volume. Cancer/Radiothérapie 2004 ;8(3) :168-77
50. **NOVELLAS S, FOURNOL M, MARCOTTE-BLOCH C, MONDOT L, CARAMELLA T, BONGAIN A, CHEVALLIER P.** Évaluation en résonance magnétique des carcinomes épidermoïdes du col de l'utérus. Feuillets de Radiologie 2008;48(3):147‑55
51. **BARILLOT P, MAINGON G, TRUC and J.C HORIOT I.** Complications des traitements des cancers invasifs du col utérin sur utérus intact. Résultats et prévention. Cancer/Radiothérapie 2000 ;4(2) :147-58
52. **HOLLAND CM, SHAFI MI.** Radical hysterectomy. Clin Obs Gyn 2005;19 (3):387-401
53. **SOUMAYA B.** L'association radio-chirurgicale dans le traitement de l'adénocarcinome du col utérin: expérience de l'ino étude rétrospective à propos de 10 cas sur 5 ans (2009-2013). Thèse : Méd : Maroc 2016.108-9
54. **MAYER VA Screening for prostate cancer.** US. Preventive services task face recommendation statement. An inter med 2012J;156(2):120- 34
55. **MINISTERE DE LA SANTE (BENIN).** Directives nationales pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez la femme. Cotonou: DSME.2007;54p

56. **ROURA E, TRAVIER N, WATERBOER T, de SANJOSE S, BOSCH FX, PAWLITA M, et al.** The Influence of Hormonal Factors on the Risk of Developing Cervical Cancer and Pre-Cancer: Results from the EPIC Cohort. Plos one 2016.11(1):e0147029
57. **TROTTIER H, FRANCO EL**. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. Vaccine 2006;24(1):1-15
58. **ATALH E, URTEAGA C, REBOLLEDO A, VILLEGAS RA, MEDINA E, CSENDES A.** Smoking and reproductive history as risk factor for cervical cancer. Rev Med Chil 2001;129(6):597-603
59. **LOWY DR, FRAZER IH.** Prophylactic human papillomavirus vaccines. J Natl Cancer Inst Monogr 2003(31):111-6
60. **WHO.** Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva 2013
61. **Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).** Cancers du col utérin. Référentiels de l'AP-HP. [En ligne]. Paris : AP-HP ; 2016 [Cité le 25 Mai 2018]. Disponible : https:/www.aphp.fr/5-referentiels-cancers-du-sein-et-gynecologiques-pour-les-professionnels-pdf
62. **SellorsJ, SankaranarayananR**. Colposcopie et traitement des néoplasies cervicales intraépithéliales : manuel à l'usage des débutants, Centre international de Recherche sur le Cancer Lyon, 2004 ; 124p.
63. **Professeur M. Bruhat**. Collège national des gynécologues et obstétriciens français Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Référentiels selon la R2C, 2021,310p
64. **S. SAHROUI, N. BOURAS, A. ACCARCKI A ;N. BENIDER**. Adénocarcinome du col utérin : étude rétrospective de 83 cas Gynécol Obstét Fertil 2010 ; 30 : 291-8

65. **D. NGUYEN, J. M. COSSET, et al** . Chimiothérapie dans les cancers du col utérin localement évolués. Etude rétrospective de 92 patientes traitées à l'institut Curie de 1986 à 1998. Cancer/ Radiother 2012 ; 6 : 201-8
66. **ZAMIATI S., SAHROUIS.** Mélanome malin primitif du col utérin : à propos d'un cas avec revue de la littérature. Gynecol. Obstet. Fertil. 2011, 29, 381-385
67. **KAJAM S.** Profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du cancer du col utérin au CHU Mohammed VI de Marrakech, expérience de service de gynécologie obstétrique B thèse doctorat médecine, Marrakech 2012 n°89, 121
68. **ABDELLAOUI L.** Cancer du col utérin traitement chirurgical à propos de 49 cas : thèse doctorat médecine, Fès 2010 n°104, 167
69. **HANDASSI I.** Le traitement chirurgical du cancer du col à propos de 140 cas opérés à la maternité LALA MERYEM à Casablanca Thèse doctorat en médecine 2001 n°79
70. **YOMI J, MONKAM G**. Traitement des cancers du col utérin : notre expérience à l'hôpital général de Yaoundé à propos d'une série de 111 malades. Méd. D'Afrique Noire, 1996, 43,150-154
71. **MARTEL P., CONNAN L.** Aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques des adénocarcinomes du col utérin : à propos d'une série de 49 cas (étude cas-témoins) J. Gynécol.Obstét.Reprod 2006,29,48-54
72. **KARRAM S.** Les cancers du col utérin : à propos de 152 cas . Thèse Méd Casablanca, 2004, 255
73. **BRISSON J.,ROY M., FOURTIER M. et al.** Condyloma and intraepithelial neoplasia of uterine cervix : a case-control study. Am. J. Epidemiol., 1988, 130, 427-429
74. **PIGNEUX J**. Ving tans de cancer du col en Aquitaine : épidémiologie et traitement. Congrès de la société française d'oncologie gynécologique.

Bordeaux, 17 novembre 2000. La lettre du gynécologue 2001,260,25-30.

75. **FRITIH R., YOUSFI A**. Cancer du col utérin en Algérie. Ann Path 2010 ; 7(40) : 3
76. **D. MUTEGANYA ; T. BIGAYI.** Cancer du col utérin au CHU de Kamenge à propos de 35 cas Médecine d'Afrique Noire : 2010, 46(3) : 153-6
77. **DEM A.** Les carcinomes épidermoïdes du col utérin à l'institut du cancer de Dakar Cahiers Santé vol. 18, n°1, janvier-février-mars 2008
78. **DRISSA SOUNKALO TRAORE.** Evaluation de la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, au centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako. Thèse de doctorat médecine Bamako 2011
79. **ADJAHOTO IGUEMAL.** Etude de faisabilité du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique puis au lugol ; à propos de 565 femmes dépistées à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou en 2003 au Bénin. Thèse de doctorat en médecine Bénin 2003
80. **FOSSAT C.** Les autres facteurs de risque du cancer du col utérin. Medscape Women Health. http://www.gynweb.com
81. **STEVEN E. WAGGONER.** Cervical cancer
82. **DURAND J-C., CHARVOLIN J-Y. et al.** L'association radio-chirurgicale dans les cancers du col utérin aux stades initiaux, Reprod. Hum. Horm., 1995, 8, 7, 433-440.
83. **BOSZE P., MESZAROS I. et al**. Perioperative complications of 116 radial hysterectomies and pelvic node dissections. Eur J Surg 1993: 19: 605-8
84. **FOTIOU S., RODOLAKIS A., HARIOT I**. Recurrence du cancer du col : facteurs de risque et traitement. Bull. Cancer. Radiother., 1994, 81, 432-436.

85. **GROGAN M., THOMAS GM., MELANMED I. et al**. The importance of hemoglobin levels during radiotherapy for carcinoma of the cervix. Cancer 1999; 86: 1528-36.

86. **KJORSTAD KE., BOND B**. Stade IB adenocarcinome of cervix: metastatic potential and patterns of dissemination. Am J Obstet Gynecol 1984; 150: 297.

87. **ADANHO ACB**. Cancer du col de l'utérus : connaissances et pratiques des prestataires du Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) de l'Ouémé-Plateau. [Thèse]. Cotonou : Université d'Abomey-Calavi / FSS ; 2016.

88. **SALIFOU KABIBOU.** Facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de Parakou au bénin. European Scientific Journal December 2015 edition vol.11, No.36 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.Disponiblesur :http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6767.

89. **DIBAKALA BCA**. Cancer du col de l'utérus : épidémiologie, diagnostic et pronostic. [Thèse]. Cotonou : Université d'Abomey-Calavi / FSS ; 2009

90. **MARIE-HELENE BIZOLLON CYPATH – CHALON MARS**. Frottis cervico-utérin :frottis phase liquide ou frottis conventionnel, que faire en 2016.Disponible sur: https://slideplayer.fr/slide/10187

91. **Salifou Kabibou.** Facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de Parakou au bénin. European Scientific Journal December 2015 edition vol.11, No.36 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431. Disponible sur : http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6767.

92. **LANKOANDE J.** Aspects épidémio-cliniques et anatomopathologiques du cancer du col utérin au centre hospitalier national de Ouagadougou. Article juillet 1997.

93. MAJJOUI S EL. Influence de la radiothérapie sur la cancer du col utérin. Thèse de doctorat médecine Maroc 2011.

94. MOUIKASSA D. Lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus à pointe-noire : analyse de situation,Article,Congo,2007.

95. SAMAKE S. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques du cancer du col de l'utérus, Thèse Médecine Bamako 14-M-111,55p.

96. KONATE A. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires chez les femmes dans le service d'Anatomie et cytologie pathologiques du CHU du point G à propos de 1228 cas, Thèse Médecine USTT-B 13-M-57,66p.

97. N'GUESSAN K, KOUAKOU F, LOUE V, ANGOI V, ABAULETH Y, BONI S. Cancer du col de l'utérus prise en charge en milieu africain. Mali, Médecine 2009, 24(3) : 27-30.

98. KEITA S. Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du point G. Thèse Médecine U B 95-M-44, 84p.

99. DIARRA I M. Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du point G. Thèse Médecine U B 09-M-198, 102p.

100. MUTEGANYA D, BIGAYI T, BIGIRIMANA V, SINDAYIRWANYA J B, MARERWA G. Le cancer du col de l'utérus au CHU de Kamenge à propos de 35 cas. Médecine Afrique Noire 1999, 46(3) : 153-156.

101. KABIBOU S. Facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de Parakou au Bénin. European Scientific Journal December 2015 edition vol.11, No.36 ISSN : 1857-7881 (Print) e-ISSN 1857-7431. Disponible sur http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6767.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche….

A- CARACTERISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES :

Q1 : Age……

Q2 : Niveau d'instruction

1= primaire 2= secondaire 3= supérieur 4= analphabète 5= coranique 6= Autre

Q3 : Occupation

1= Fonctionnaire de l'Etat 2= Employé du privé 3= commerçant 4= Agent de santé (infirmier/SFE/médecin 8 = ménagère 9= Retraité 10= sans emploi 11= autre

Q4 : Etat matrimonial

1=mariée 2= divorcée 3= veuve 4= célibataire

Q5 : Partenaire polygame

1=oui 2=non

Q6 : Provenance

Q6.1 Département :

Q6.2 Commune :

Q6.3 Village/Quartier

Q7 : Mode de vie : 1. Précarité 2. Violence/ Perturbation familiale 3.Violence/Perturbation professionnelle

B- ANTECEDENTS :

Q8 : Age des premières règles :

Q9 : Age du premier rapport sexuel :

Q10 : Cycle : 1 = régulier 2 = irrégulier

Q11 : Durée des règles : **Q12 : Age de la ménopause**

Q13 : Gestité = **Q14 : Parité =** **Q15: FCS =** **Q16 : FCP =**

Q17: Grossesse au moment du diagnostic : 1= oui 2=non 3= non précisé

Q18: Notion familiale de cancer du col : 1= oui 2= non 3= non précisé

Q19 : Notion de contraception : 1= oui 2= non

Si oui, **Q20 : Type de contraceptif** : 1= Pilule 2= autres

Q21 : Terrain pathologique

1=HTA 2=Diabète 3=Obésité 4=Asthme 5=Drépanocytose 6=VIH/SIDA 7=Tuberculose 8=autre

Q22 : Notion d'exposition : 1. Physique 2. Chimique : 3. Viraux : 4. autres

C- CLINIQUE :

Q20 : Premières manifestations

Q20.1 Date de première consultation :

Q20.2 Lieu de première consultation :

Q21 : Consultation CHU-MEL

Q21.1 Mode d'admission : 1 = venue d'elle-même 2 = référée

Q21.2 Date d'admission :

Q21.3 Délai d'admission :

Q22 : Circonstances de découverte : 1= découverte fortuite 2= dépistage systématique 3= devant un signe

Q23 : signe fonctionnel : notion de saignement génital : 1=oui 2=non 3= non précisé

Q24 : Autres signes fonctionnels :

Q24.1 Signes gynécologiques : 1 = leucorrhées 2 = hydrorrhée 3 = pesanteur pelvienne 4 = dyspareunie 5 = autres

Q24.2 Signes urinaires : 1 = dysurie 2 = pollakiurie 3 = rétention urinaire 4 = hématurie 5 = brulure mictionnelle 6 = autres

Q24.3 Signes rectaux : 1= ténesmes 2 = épreintes 3= rectorragie 4 = autres

Q24.4 Autres signes :

Q25 : Itinéraire thérapeutique suivie par la patiente : 1 = automédication 2 = Traitement traditionnel 3= interné dans un couvant 4 = autres

Q26 : Etat général : 1= bon 2= altéré

Si 2, préciser les signes :

Q27 : Examen de l'abdomen : 1 = normal 2= anormal

Si 2, préciser : 1 = douleur 2 = défense 3 = masse

Q28 : Examen de la vulve : 1 = normal 2 = anormal

Si 2, préciser : 1 = inflammatoire 2 = souillée 3 = condylome 4 = ulcérée

Q29 : Examen au spéculum :

Q29.1 Aspect du col :1= normal 2= rouge 3= gros 4= œdématié 5= bourgeonnant
6 = ulcéronécrotique
Q29.2 Aspect de la paroi vaginale : 1= paroi saine 2= rouge 3 = ulcérée 4 = hémorragique
Q29.3 Résultats de l'IVA/IVL : 1=positif 2=douteux 3=suspicion du cancer clinique du col

Q30 : Eléments du TV :
Q30.1 Consistance de la lésion : 1=indurée 2=molle 3=mixte
Q30.2 Caractères douloureux : 1=douloureux 2=indolent
Q30.3 Saignement au contact : 1=oui 2=non
Q30.4 Mobilité utérine : 1= oui 2=non
Q30.5 Volume utérin : 1=normal 2= augmenté
Q30.6 Cul de sac : 1 = libre 2 = comblé 3 = empattement

Q31 : Extension locale :
1=CDS latéraux 2=CDS antérieur 3=CDS postérieur 4=paroi vaginale droite 5=paroi vaginale gauche 6=cloison recto-vaginale

Q32 : Eléments du TR : 1=paramètres infiltrés 2= muqueuse cartonnée 3 = muqueuse bombée 4 = autres

Q33 : Examen des autres appareils :
Q33.1 Foie : 1 = normal 2 = hépatomégalie
Q33.2 Poumons : 1= libres 2 = râles 3= souffle 4= MV diminué
Q33.3 Appareil splénoganglionnaire : 1= normal 2 = grosse rate 3= adénopathie

D- PARACLINIQUE :

Q34 A visée diagnostique

Q34.1 : Frottis cervico-vaginal : 1=normal 2=inflammatoire 3= pathologique (bas grade, haut grade, cancer clinique)

Q34.2 : IVA/IVL : 1=positive 2=négative 3= douteuse

Q34.3 : Colposcopie + biopsie: 1=normale 2=inflammation 3= leucoplasie 4=probable lésion de bas grade 5= probable lésion de haut grade 6= non satisfaisante

Q34.4 : Examen anatomo-pathologique : 1=carcinome in situ 2= carcinome épidermoïde invasif 3= adénocarcinome

Q35 A visée d'extension

Q35.1 : Echographie :

Q35.1.1 : Pelvienne : 1 = ovaires : a= sains b= atteints
2 = Trompes : a= sains b=atteints

3= Paramètres : a= sains b= atteints

Q35.1.2 : Abdominale : 1 = Foie a= sain b=atteint
2 = Reins a= sains b= atteints
3 = Pancréas : a= sain b= atteint
4 = Autres

Q35.2 : Radiographie pulmonaire :

Q35.3 : Scanner thoraco-abdomino-pelvien :

Q35.4 : Imagerie par résonnance magnétique :

Q35.5 : Cystoscopie : …….

Q35.6 : Urographie intraveineuse (UIV) :

Q35.7 : : Rectoscopie ……

Q35.8 : Autres examens paracliniques :

Q36 : A visée de retentissement :

Q36.1 Numération formule sanguine : 1= normale 2 = anémie 3= autres

Q36.2 Transaminases : 1 = normale 2 = augmentées

Q36.3 Bilirubine : 1 = normale 2 = augmentée

Q36.4 Glycémie : 1 = normale 2 = augmentée 3 = diminuée

Q36.5 Calcémie : 1 = normale 2 = augmentée 3 = diminuée

E- STADE D'EVOLUTION :

Q37 : Classification FIGO

1 = stade I 2 = stade II 3= stade III 4= stade IV

F- TRAITEMENT :

Q38 : Chirurgie :

Q38.1 : Type de chirurgie : 1= Curative 2 = Palliative

Q38.2 : Réalisé : 1 = oui 2 = non

Si oui, préciser

Q38.2.1 Curative : 1=trachélectomie 2=conisation 3=hystérectomie conservatrice 3= hystérectomie + annexectomie 5= colpohystérectomie + annexectomie bilatérale +cellulo-lymphadénectomie 6= pelvectomie ant/post 7= autres

Q38.2.2 Palliative : 1=néphrostomie percutanée 2=endoprothèses 3= dérivation des urines

Q39.3 Complications 1= oui 2 = non
Si oui, préciser

Q39.4 : Classification TNM après chirurgie

- T (Tumeur) correspondant aux stades FIGO
- N (Nodule ou adénopathie)
  N0 : Pas d'adénopathie clinique ou paraclinique
  N1 : Adénopathie constatée
  N2 : Masse ganglionnaire pelvienne
- M (Métastases)
  M0 : Pas de métastase clinique ou paraclinique
  M2 : Métastases

Q40 : Abstention chirurgicale : 1=oui 2=non 3=non précisé

Q41 : Radiothérapie :
Q41.1 Indiqué 1=oui 2=non
Q41.2 Réalisé 1= oui 2 = non
Q42 : Chimiothérapie :
Q42.1 Indiqué 1=oui 2=non
Q42.2 Réalisé 1=oui 2=non
Q42.3 Type de chimio : 1 = adjuvante 2 = néoadjuvante 3= palliative
Q43.4 Protocole :
Q43 : Autres : ……
Q44 SURVEILLANCE

Q44.1 CLINIQUE :

Q44.1.2 Persistance des symptômes : 1= oui 2= non

Si oui, préciser

Q44.1.2 Aggravation de l'état général : 1= oui 2 =non

Q44.1.3 Evolution des masses : 1 = disparition 2 = régression 3 = taille augmentée

Q44.1.4 Effets secondaires :

Q44.2 PARACLINIQUE :

Q44.1.4 NFS :
Q44.1.4 Transaminases :

Q44.1.4 Bilan rénal
Q44.1.4 Calcémie :
Q44.1.4 Radiographie pulmonaire
Q44.1.4 Scanner TAP
Q44.1.4 IRM

G- EVOLUTION

Q45 : Modalités de l'évolution

1=Suites simples 2= Rémission complète 3= Complications 4 =Décédée 5= Perdue de vue

Q45.1 : Complications liées au :

Q45.1.1 : Traitement médical : ……

Q45.1.2 : Evolution : …….

Q45.1.3 : survie

Q45.1.4 : Récidive : 1. Oui 2. Non

Si oui, délai

Q45.1.5 Type de récidive : 1. Locale 2. Régionale 3. Locorégionale 4. Métastases

Q45.1.6 Décès : 1= oui 2= non

Si oui, **Q45.1.7** = Causes probables de décès :

H- PRONOSTIC :

Q46 : Modalités du pronostic : 1=oui 2=mauvais 3=réservé

Q47 : Facteurs d'aggravation du pronostic :

Q47.1 : Age :

Q47.1 : Délai d'admission :

Q47.1 : Caractéristiques de la tumeur :

1= Type histologique : a= épidermoïde b= glandulaire

2= Degré de différenciation : a=bien différencié 2=peu différencié

Q47.2 Atteinte ganglionnaire :

1= Siège : a=pelvien b=lombo-aortique c=autres

2= Symétrie : 1=envahissement unilatéral 2=envahissement bilatéral

TABLES DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACES i

HOMMAGES vi

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS viii

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xi

SOMMAIRE xvi

INTRODUCTION 1

1.GENERALITES 4

1.2.Revue de la littérature 6

1.2.1.Epidémiologie 6

1.2.2.Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus 6

1.2.3.Rappels 7

1.2.3.1.Rappel anatomique[8,24,25,] 7

1.2.3.2.Rappels histologiques[8,24] 9

1.2.4.Etiopathogénie des cancers du col de l'utérus 11

1.2.4.1.Les facteurs de risque 11

1.2.4.1.1.Facteurs sexuels et obstétricaux 11

1.2.4.2.Facteurs infectieux 12

1.2.4.3.Facteurs généraux 12

1.2.5.Pathogénie 14

1.2.6.Anatomie pathologique 16

1.2.6.1.Aspect macroscopique 16

1.2.6.2.Aspect microscopique 16

1.2.6.2.1.Le carcinome épidermoïde ou malpighien 16

1.2.6.2.2.L'adénocarcinome 17

1.2.6.3.Autres cancers du col utérin 17

1.2.7.Extension[17,43,44] 17

1.2.7.1.Extension locorégionale 17

1.2.7.2.Extension à distance 18

1.2.8.Classification 18

1.3.Diagnostic positif 21

1.3.1.Signes fonctionnels 21

1.3.2.Examen physique 22

1.3.3.Examens paracliniques à visée diagnostique 23

1.3.3.1.La colposcopie 23

1.3.3.2.Le frottis cervico utérin (FCU) par biopsie dirigée 23

1.4.Le diagnostic d'extension 24

1.4.1.L'examen clinique à la recherche de foyers d'extension 24

1.4.2.Le bilan d'extension 24

1.4.2.1.Bilan d'imagerie médicale 25

1.4.2.2.Bilan endoscopique 25

1.4.2.3.Bilan biologique 25

1.5.Le traitement du cancer du col de l'utérus 25

1.5.1.Traitement curatif 25

1.5.2.But du traitement. 25

1.5.3.Les moyens thérapeutiques 25

1.5.3.1.La chirurgie : 26

1.5.3.2.La radiothérapie 26

1.5.3.3.La chimiothérapie 27

1.5.4.Les indications thérapeutiques 27

1.5.4.1.Formes micro-invasives 27

1.5.4.2.Formes invasives 28

1.5.5.Evolution 29

1.5.5.1.Surveillance post thérapeutique des cancers invasifs[53] 29

1.5.5.2.Les complications [54-57] 30

1.5.6.Pronostic du cancer du col de l'utérus 31

1.6.Traitement préventif : 31

1.6.1.Prévention primaire[60] 31

1.6.2.Prévention secondaire 32

1.6.3.Prévention tertiaire 39

2.CADRE ET METHODES D'ETUDE 40

2.1.Cadre d'étude 41

2.1.1.Présentation de la ville de Cotonou 41

2.1.2.Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant de Lagune 41

2.2.Méthode et période d'étude 44

2.2.1.Population d'étude 44

2.2.2.Echantillonnage 44

2.2.3.Technique d'échantillonnage 45

2.2.4.Les variables 45

2.2.5.Collecte des données 45

2.2.5.1.Equipe de collecte des données 45

2.2.5.2.Techniques et outils 46

2.2.6.Déroulement 46

2.2.7.Traitement et analyse des données 46

3.RESULTATS 47

3.1.Epidémiologie 48

3.2.Caractéristiques sociodémographiques 48

3.2.1.Age 48

3.2.2.Profession 48

3.2.3.Niveau d'instruction 49

3.2.4.Etat matrimonial et type de relation 50

3.2.4.1.Etat matrimonial 50

3.2.4.2. Type de relations 50

3.2.5.Lieu de résidence 51

3.3.Antécédents gynécologiques et obstétricaux 52

3.3.1.Age des premières règles = ménarche....52

3.3.2.Age du premier rapport sexuel 52

3.3.3.Notion de contraception....53

3.3.4.Ménopause 53

3.3.5.Gestité....54

3.3.6.Parité....55

3.3.7.Grossesse comme circonstance de découverte du cancer du col de l'utérus 55

3.4.Pathologies générales associées 55

3.5.Notion d'antécédent familial de cancer 56

3.6.Tabagisme 56

3.7.Données cliniques de la maladie....57

3.7.1.Délai à la consultation 57

3.7.2.Circonstances de découverte 57

3.7.2.1.Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) 57

3.7.2.2.Inspection visuelle au Lugol (IVL)....58

3.7.2.3.Colposcopie 58

3.7.2.4.Frottis cervico utérin (FCU)....59

3.7.3.Motifs de consultation 59

3.7.4.Examen de l'état général 60

3.7.5.Examen gynécologique....61

3.7.5.1.Examen de la vulve....61

3.7.5.2.Examen au spéculum....62

3.7.5.3.Eléments du Toucher Vaginal (TV)....63

3.7.5.4.Extension locale et régionale....64

3.7.5.5.Examen des aires ganglionnaires 65

3.7.6.Imagerie par résonnance magnétique 65

3.7.6.1.Bilan d'extension 66

3.7.6.2.Résultats du bilan d'extension....67

3.8.Traitement....69

3.8.1.Chirurgie 69

3.8.1.1.Résultats 69

3.8.1.2.Complications observées après chirurgie 70

3.8.2.Radiothérapie....71

3.8.3.Chimiothérapie 71

3.9.Résultats thérapeutiques et évolution....72

3.9.1.Contrôle à 3 mois....72

3.9.2.Rechutes à 3 ans: 72

3.9.2.1.Rechutes locales 72

3.9.2.2.Rechutes métastatiques....72

3.9.2.3.Les caractéristiques des rechutes :....72

3.9.3.Décès 73

3.10.Survie des patientes....73

3.10.1.Survie sans rechute locale....73

3.10.2.Survie globale des patientes à 3 ans 73

3.11.Facteurs pronostiques 74

3.11.1.Analyse univariée 74

3.11.1.1.Le stade selon la FIGO....74

3.11.1.2.L'anémie....74

3.11.1.3.L'âge avancé 74

3.11.1.4.Atteinte ganglionnaire....74

3.11.1.5.Le type histologique....75

3.11.2.Analyse multivariée....75

4.DISCUSSION....76

4.1.L'atteinte des objectifs de l'étude : 77

4.2.Qualités des données et validité des résultats.....77

4.3.Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.....78

4.3.1.Epidémiologie.....78

4.3.2.Caractéristiques sociodémographiques.....78

4.3.2.1.Age …..78

4.3.2.3.Niveau instruction.....79

4.3.2.4.Age précoce des rapports sexuels.....79

4.3.3.Régime matrimonial.....79

4.3.3.1.Gestité et multiparité.....80

4.3.3.2.Contraception.....80

4.3.3.3.Tabagisme.....80

4.3.4.Notion d'antécédent familial de cancer.....81

4.3.5.Diagnostic.....81

4.3.5.1.Clinique.....81

4.5.4.2.Signes fonctionnels.....82

4.5.4.3.Examen physique.....84

4.5.4.4.Aspects macroscopiques des lésions.....84

4.5.4.5.Bilan paraclinique de diagnostic.....84

4.5.5.Bilan d'extension.....85

4.5.5.1.Bilan clinique.....85

4.5.5.2.Bilan paraclinique.....86

4.5.5.3.Classification FIGO.....87

4.6.Traitement.....88

4.6.1. Chirurgie.....88

4.6.2. Chimiothérapie et radiothérapie.....88

4.7.Evolution.....89

4.7.1 Complications.....89

4.7.2. Récidives.....90

4.7.3. Facteurs pronostiques 90

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 93

CONCLUSION 94

RECOMMANDATIONS 95

REFERENCES 97

ANNEXES ..... A

TABLES DES MATIERES ..... H

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les 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 les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer après celui du sein. Son incidence est de 14,9 sur 100.000 au Bénin et il entraîne 87% de décès dans les pays moins développés malgré qu'il s'agisse d'un des cancers les plus éligibles pour le dépistage.

Objectif : Cette étude avait pour objectif général d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du col de l'utérus chez les patientes suivies au CHU-MEL de Cotonou

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique qui s'est déroulée au CHU-MEL de Cotonou sur une période de 04 années 6 mois allant du 1er Janvier 2017 au 30 Juin 2021. Ont été inclues toutes les patientes reçues en consultation gynécologique chez qui le diagnostic du cancer du col a été confirmé histologiquement.

Résultats : Au total, 84 cas de cancers du col utérin ont été confirmés histologiquement avec une prévalence de 1,03%. L'âge moyen est de 51 ans et la classe la plus représenté était celle de plus de 55 ans. Le cancer du col était développé le plus souvent sur un terrain d'hypertension artérielle, d'asthme et de diabète. Les facteurs de risque observés étaient le contact sexuel précoce à l'âge de 14 ans dans 83,33% ; la multiparité dans 71% ; la polygamie dans 45% ; le tabagisme passif et la contraception oestro-progestative. Le délai médian de consultation était de 6 mois ; et les métrorragies, les leucorrhées, les dysuries et les épreintes étaient les motifs de consultation les plus fréquents. Le bourgeonnement était l'anomalie clinique la plus fréquente ; les carcinomes épidermoïdes représentent 83,3% des cas. Le cancer du col utérin opérable dans 42,8% et au stade avancé dans 57,2% des cas. Le traitement chirurgical était chez 53 patientes et la chimiothérapie chez 15 patientes et la radiothérapie chez 2 patientes. La survie globale à 3 ans était 76,2% et les facteurs de mauvais pronostic étaient le stade clinique avancé et l'âge avancé.

Conclusion : Le cancer du col utérin constitue un vrai problème de santé publique. Le diagnostic est tardif dans la majorité. La promotion du dépistage, le traitement et le suivi des patientes sont des axes à encourager.

Mots clés : Prévalence, cancer du col de l'utérus, colpohystérectomie,, chimiothérapie, radiothérapie, pronostic.

ABSTRACT

Introduction : Cancer of the cervix is the second most common cancer after breast cancer. Its incidence is 14.9 per 100,000 in Benin and it causes 87% of deaths in less developed countries despite it being one of the most eligible cancers for screening.

Objective : The general objective of this study was to study the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of cervical cancer in patients followed at the CHU-MEL of Cotonou.

Method : This was a retrospective, descriptive and analytical study which took place at the CHU-MEL of Cotonou over a period of 04 years 6 months from January 1, 2017 to June 30, 2021. All patients received in gynecological consultation in whom the diagnosis of cervical cancer was histologically confirmed.

Results : A total of 84 cases of cervical cancer were histologically confirmed with a prevalence of 1.03%. The average age is 51 years and the most represented class was that of more than 55 years. Cervical cancer was most often developed on grounds of arterial hypertension, asthma and diabetes. The risk factors observed were early sexual contact at the age of 14 in 83.33%; multiparity in 71%; polygamy in 45%; passive smoking and estrogen-progestogen contraception. The median time to consultation was 6 months and metrorrhagia, leucorrhoea, dysuria and strains were the most frequent reasons for consultation. Budding was the most common clinical abnormality; squamous cell carcinomas represent 83.3% of cases. Cervical cancer operable in 42.8% and at an advanced stage in 57.2% of cases. Surgical treatment was in 53 patients and chemotherapy in 15 patients and radiotherapy in 2 patients. Overall 3-year survival was 76.2% and poor prognostic factors were advanced clinical stage and advanced age.

Conclusion : Cervical cancer is a real public health problem. The discovery is late because of the delay in the consultation. The treatment is expensive, which hampers patient follow-up. It is therefore important to organize screening well in order to overcome these problems.

Keywords : Prevalence, cervical cancer, colpohysterectomy, chemotherapy, radiotherapy, prognosis.