

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIÉTÉ GUINEENNE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Semestriel ■ Volume 13 ■ N° 30 (2018)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO 2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Prise en charge des gestantes VIH au centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (Benin)**
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.1 - 5
- Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité dans deux lycées publiques de Porto-Novo au Benin**
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX..6 - 11
- Problématique dans le dépistage des cancers du col de l'utérus à Thiès (Sénégal)**
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18
- Césarienne en urgence au CHU de Libreville : indications et délai selon la classification de Lucas.**
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF19 - 25
- Facteurs épidémiologiques de la mortalité au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée)**
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30
- Anémie et transfusion chez la parturiente au service de maternité du centre médical communal de Matam (Conakry)**
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T31 - 34
- La contraception d'urgence : clientes et pratique de la méthode à l'unité de planification familiale du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen**
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.35 - 42
- Les fistules vésico vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de deux sites de prise en charge**
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- La grossesse cervicale : notre attitude pratique et revue de la littérature**
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

<i>Treatment of gestant hiv at the hospital and university center of the mother and child of lagoon (Benin)</i> Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.	1 - 5
<i>Knowledge, attitudes and practices regarding sexuality in two public schools at Porto-Novo in Benin</i> Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX.....	6 - 11
<i>Problematic in the cervical cancer screening in Thies (Senegal)</i> TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....	12 - 18
<i>Emergency caesarean section at libreville's teaching hospital: indications and Time limit according to Lucas ' classification</i> Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF	19 - 25
<i>Epidemiologic factor of natal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea).</i> Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....	26 - 30
<i>Aneia and transfusion at the parturian for maternity of the communal medical center of Matam (Conakry)</i> Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T	31 - 34
<i>Emergency contraception: clients and practice of the method at the family planning unit Of the obstetrics and gynecology department of the ignace deen national hospital</i> Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.	35 - 42
<i>Obstetric vesico-vaginal fistula in Guinea: analysis of data from two site of care</i> Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB	43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

<i>Cervical pregnancy: our practical attitude and review of the literature</i> Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....	48 - 51
---	---------

PROBLEMATIQUE DANS LE DEPISTAGE DES CANCERS DU COL DE L'UTERUS A THIES (SENEGAL)

PROBLEMATIC IN THE CERVICAL CANCER SCREENING IN THIES (SENEGAL)

TL BENTEFOUET¹, R DIATTA², M SOW¹, A KEITA³, A SOW¹, I THIAM³, CMM DIAL⁴, M THIAM COULIBALY¹

1- Unité de formation et de Recherche (UFR) des sciences de la santé de Thiès. Laboratoire d'anatomie et cytologie Pathologiques. Avenue Malick Sy prolongée ; B.P 34A Thiès RP

2- Unité de formation et de Recherche (UFR) des sciences de la santé de Thiès. Laboratoire d'histologie, embryologique et cytogénétique. Avenue Malick Sy prolongée ; B.P 34A Thiès RP

3- Centre Hospitalier universitaire Aristide le Dantec, laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques, Avenue Pasteur, BP 3001 Dakar, Sénégal

4- Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Hôpital Général de Grand Yoff, (Dakar, Sénégal), Route de la gendarmerie Dakar, BP : 3270 Dakar, Sénégal

Correspondances : Tonleu Linda Bentefouet, Maitre de Conférence titulaire. Unité de Formation et de Recherche (UFR) des sciences de la santé de Thiès, BP:22RPTThiès, tonleulindabentefouet@gmail.com téléphone(221) 775420730

RÉSUMÉ

Introduction : Le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervical est un moyen efficace pour diminuer la mortalité de ce cancer dans notre pays. Nous rapportons dans ce travail, l'expérience de la région de Thiès à propos de 1388 cas de frottis cervico-utérin (FCU) examinés.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 03 ans allant de 1^{er} Juin 2015 au 31 Mai 2018. Elle a été réalisée à partir des dossiers des patientes collectés au niveau de deux (2) hôpitaux de la région de Thiès. Etaient inclus tous les comptes rendus d'examen anatomo-pathologique portant sur l'analyse des frottis cervico-utérins

Résultats : Pendant cette période d'étude nous totalisons 1 388 frottis cervico-utérins. L'âge moyen des patientes au moment du diagnostic était de 44,2 ans avec des extrêmes allant de 16 à 77 ans. La majorité des femmes étaient multipares, et n'utilisaient aucun moyen de contraception. Le col utérin était macroscopique sain dans 60% des cas. Les atypies indéterminées étaient retrouvées chez 16 patients ; et les carcinomes chez 12 patientes soit un taux de prévalence de 0,86% de cancers du col de l'utérus

Conclusion : Le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis est une priorité de santé publique. Il est important de mener des actions adaptées aux populations afin de leur faciliter l'accès au dépistage.

MOTS CLES : frottis cervico-utérin, cancer du col de l'utérus, dépistage, anatomie pathologique.

SUMMERY

Introduction: Cervical smear screening for cervical cancer is an effective way to reduce cervical cancer mortality in our country. We report in this work, the experience of the Thiès region about 1388 cases of cervical smear examined.

Patients and Methods: This is a retrospective study covering a period of 03 years from June 1, 2015 to May 31, 2018. It was based on patient records collected at two (2) hospitals in the Thiès region. Included were all reports of anatomical-pathological examination of cervical smears

Results: During this study period, there were 1,388 cervical smears. The average age at diagnosis was 44.2 years with extremes ranging from 16 to 77 years. The majority of women have more than 3 children, and did not use contraception. The cervix was healthy in 60% of cases. Inderterminate atypia were found in 16 patients and carcinomas in 12 patients.

Conclusion: smear screening for cervical cancer is a public health priority. It is important to carry out actions adapted to the populations in order to facilitate their access to screening.

KEYWORDS: cervical smear, cervical cancer, screening, pathological anatomy.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme [1,2]. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 500 000, le nombre de nouveaux cas dépistés par an dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine [1,2]. L'importance de la cytologie dans le dépistage du cancer par le frottis cervico-utérin (FCU) est négligée par de nombreux praticiens alors qu'elle constitue aujourd'hui dans le monde entier un test diagnostique efficace de référence, permettant de réduire l'incidence et la mortalité de ce cancer [3,4]. Nous rapportons dans ce travail, l'expérience de deux (02) hôpitaux de la région de Thiès dans le dépistage des cancers du col de l'utérus par le FCU. L'objectif de ce travail est d'évaluer les résultats de cet examen afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes. Les résultats obtenus et les recommandations qui en découleront sont à la disposition du personnel de santé et des autorités administratives qui interviennent dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique des frottis cervico-utérins portant sur une période de 03 ans allant de 1^{er} Juin 2015 au 31 Mai 2018. Cette analyse avait porté sur tous les frottis cervico-utérins adressés par les services publics hospitaliers et le secteur privé dans deux (2) hôpitaux de la région de la Thiès : le centre Hospitalier Régional de Thiès et l'hôpital Barthimée. Nous avons recruté durant la période d'étude 1389 dossiers de patientes, chez qui un frottis de dépistage a été réalisé. Etaient inclus, tous les comptes rendus d'examen anatomo-pathologique portant sur l'analyse des frottis cervico-utérins. Les comptes rendus jugés non contributifs pour l'évaluation n'ont pas été retenus. Ainsi, une (1) patiente a été exclue de l'étude car elle présentait un frottis très hémorragique gênant l'interprétation cytologique. Au total sur les 1389 dossiers de femmes dépistées, 1388 ont été retenus soit 99,9% des dossiers.

Les frottis cervico-utérins étaient effectués sur rendez-vous après avoir expliqué aux patientes l'intérêt de cet examen et les conditions de prélèvement. Dès la réception des patientes, un numéro d'enregistrement leur était attribué et était mentionné dans le registre de service. En même temps, il était vérifié, le remplissage correct de la

demande d'examen anatomo-pathologique. La technique adoptée était le frottis cervico-vaginal par méthode conventionnelle ou technique de Papanicolaou. Elle débutait par l'examen macroscopique, et consistait à décrire, à l'œil nu, les lésions pathologiques du col utérin. Pour le prélèvement de l'exocol, il était utilisé une spatule d'Ayre, puis le prélèvement était étalé sur une lame de verre, préalablement identifiée portant les initiales de la patiente, le numéro d'enregistrement, et la mention (X) pour exocol. Le prélèvement était ensuite fixé en vaporisant le liquide fixateur biologique (biofix) à l'angle droit, à 15 cm de distance environ. Le prélèvement au niveau l'orifice cervical et de l'endocol utilisait un cytobrush en effectuant une rotation de 360 degrés. Puis le prélèvement était étalé sur une lame de verre identifiée, portant les initiales de la patiente et la mention (E) pour endocol. Le protocole de coloration utilisé pour les FCU était la coloration de Papanicolaou effectuée manuellement après séchage des lames. La lecture se faisait au microscope optique au grossissement x10. Les cellules atypiques faisaient l'objet d'un examen plus approfondi au grossissement x40. Un jugement était porté sur la richesse cellulaire et la qualité technique du frottis dans le compte rendu. Dans un souci d'uniformisation des résultats, l'interprétation utilisait le système BETHESDA 2001. Les résultats étaient ensuite imprimés en double exemplaire ; un qui était remis à la patiente sous pli fermé et l'autre qui était archivé. En cas de doute sur la nature de la lésion, les lames étaient acheminées pour avis par le médecin anatomopathologiste au niveau des laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP) de l'hôpital Aristide le Dantec et de l'hôpital General de Grand Yoff situés dans la région de Dakar.

Pour chaque patiente une fiche d'enquête était remplie, comportant les données épidémiologiques (sexe, âge, origine géographique, service d'origine, statut matrimonial), les antécédents gynécologiques (gestité, la parité, le statut hormonal, nombre de frottis antérieur, l'âge des premiers rapports sexuels, l'âge du premier accouchement, les antécédents de col traité), l'examen macroscopique du col utérin, le résultat cytologique, le délai entre la réception des patientes au laboratoire et les résultats et le cout de l'examen cytologique.

Les données colligées auprès du laboratoire d'ACP ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.1 2008, et Excel version 2016 Plus.

RESULTATS

Le laboratoire d'ACP de Thiès totalise 1388 frottis cervico-utérins dont 1287 au CHRT et 101 à l'hôpital Barthimée (**figure1**).

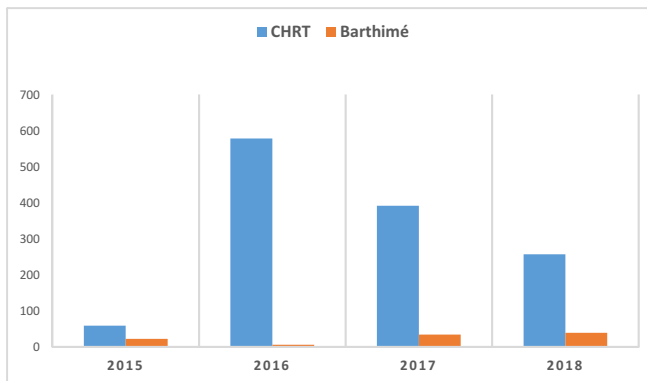


Figure 1 : Evolution dans le temps de l'activité de dépistage de 2005 à 2018 au laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHRT et de Barthimée

L'origine géographique avait été précisée pour 871 femmes (**figure2**). Huit cent quinze (815) résidaient dans la région de Thiès dont 539 en zone urbaine et 276 en zone rural. Cinquante-six femmes (56) provenaient des autres régions du Sénégal : Dakar (12), Louga (7), Diourbel (33), Ziguinchor (1), Kaolack (1), Fatick (2).

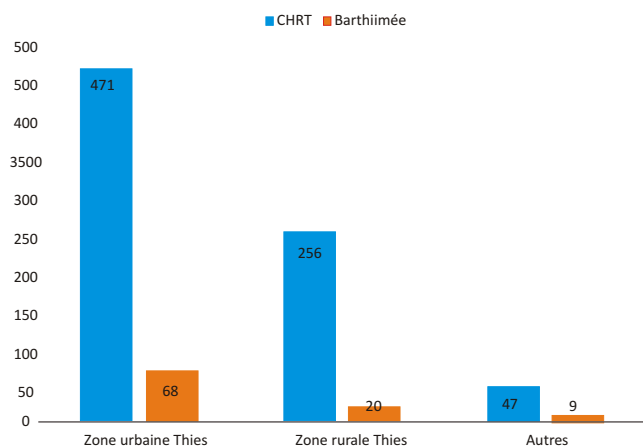


Figure 2: Répartition des patientes selon la zone de provenance

Le service d'origine avait été précisé pour 1105 dossiers. Le secteur hospitalier public (Hôpitaux régionaux, établissement de santé, centre de santé) représentait 65,34% (n=907) de l'activité de dépistage. Le secteur médical libéral contribuait pour 14,26% (n=198) (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des patientes selon le service d'origine

Service d'origine	Effectif	%
Hôpital régional de Thiès		
-Maternité	522	38
-accueil	30	2
-chirurgie générale	13	1
-médecine interne	21	1,5
-dermatologie	29	2
-Urologie	3	0,5
Autres structures publiques	289	21
Secteur libéral	198	14
Non précisé	283	20
Total	1388	100

L'âge moyen des patientes au moment du diagnostic était de 44,2 ans, avec des extrêmes de 16 et de 77 ans. Les femmes âgées de 36 à 45 ans étaient les mieux représentées avec un total de 445 soit 32,06% de femmes dépistées. Les femmes âgées de 66 ans et plus étaient au nombre de 37 soit 3,02% (**figure 3**).

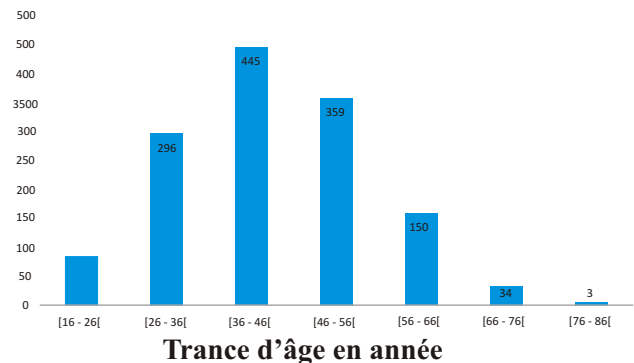


Figure 3: Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge

La parité était précisée chez 1152 patientes. Elle était en moyenne de 5 avec des extrêmes de 0 à 17 paires ; 8% des femmes étaient nullipares (n=90), 29% (n=334) étaient paucipares (moins de 3 parités) ; alors que 87% (n= 1000) étaient multipares (parité supérieure et égale à 3).

La prise de la contraception avait été précisée pour 1269 patientes (91,42%). Parmi elles, 1079 (85%), femmes n'utilisaient aucun moyen de contraception, alors que 190 femmes (15%) utilisaient un moyen de contraception. Chez 34 patientes la méthode contraceptive utilisée avait été précisée. La contraception injectable était le moyen le plus utilisé avec 12 patientes. Les autres contraceptifs étaient le dispositif intra-utérin (DIU) chez 9 femmes, la pilule chez 7 femmes, l'implant chez 4 femmes, et la

ligature des trompes chez 2 femmes

L'étude du statut hormonal dans notre série a montré que 840 étaient en activité génitale, 435 étaient ménopausées. Pour 113 femmes, le statut hormonal n'était pas précisé.

Une (01) patiente avait des antécédents de conisation. L'aspect macroscopique étaient variables (Tableau II). Le col utérin était macroscopique sain (sans lésion visible à l'œil nu) dans 60% des cas (n=837)

Tableau II: Aspect macroscopique du col chez les femmes dépistées

Macroscopie	Effectif	%
Col normal	837	60,30%
Col congestif	387	27,88%
Col hémorragique	25	1,80%
Prolapsus	1	0,07%
Col suspect	10	0,72%
Atrophique	7	0,50%
Cicatrice de colporraphie	1	0,07%
Non Précisé	120	8,66%
Total	1388	100%

Les aspects cytologiques étaient dominés par les lésions bénignes qui représentaient 80% (1124) frottis de dépistage (Tableau III). Les atypies indéterminées (ASCUS, ASC-H, AGUS) représentaient 1,15% (16 frottis de dépistage), les lésions intra-épithéliales (LSIL, HSIL) représentaient 1,29% (18) frottis et les carcinomes 0,86% (12) frottis.

Tableau III: Répartition quantitative des frottis par types de lésions

Types de lésions	Effectif	%
Cytologie normale	218	15,70%
Inflammatoire commune	924	66,57%
Inflammatoire et hémorragique	62	4,46%
Frottis hémorragique	11	0,79%
Inflammatoire à Trichomonas vaginalis	2	0,14%
Inflammatoire à Gardnerella vaginalis	54	3,89%
Inflammatoire mycosique	6	0,43%
Cytolyse	24	1,72%
Atrophie	41	2,95%
ASCUS	14	1%
ASC-H	1	0,07%
LIE de bas grade (LSIL)	7	0,54%
LIE de haut grade (HSIL)	11	0,79%
Atypies glandulaires (AGUS)	1	0,07%
Carcinome	12	0,86%
Total	1388	100%

Une analyse plus fine des anomalies cellulaires épithéliales montrait que statistiquement le pourcentage de lésion était plus élevé dans les tranches d'âge 46-56 ans et 56-66 ans avec respectivement 19 et 11 femmes dépistées. Des pics étaient observés au niveau des tranches d'âge 46-56 ans pour les lésions de bas grade, de 36 à 66 ans pour les lésions de haut grade et de 56 à 66 ans pour les carcinomes. Les âges extrêmes des lésions précancéreuses étaient de 34 et 67 ans et ceux des carcinomes étaient de 25 et 74 ans. Les femmes dépistées étaient multipares dans 32 cas (69,56%), paucipares dans 11 cas (23,91%) et nullipares dans 3 soit 6,52%. Le taux le plus élevé des lésions précancéreuses et de cancers étaient observées chez les femmes multipares avec 32 patientes (69,56%); et chez les femmes ne prenant pas de méthodes contraceptives avec 35 patientes (76,08%). Les femmes non ménopausées présentaient dans 34,78% des cas (n=16) des lésions précancéreuses et cancéreuses, alors que chez les femmes ménopausées étaient à 52,17% (n=24). Le col utérin paraissaient macroscopiquement sain dans 36,95% des cas (n=17), congestif dans 30,43%(n=14), hémorragique dans 4,34% des cas et suspect dans 13,04%(n=6).

Le délai entre la réception de la patiente au laboratoire et la délivrance des résultats avait été indiqué pour 1200 patientes (86,45%). Il était en moyenne de 12 jours avec des extrêmes de 1jour et 21jours. Cinq (05) comptes rendus avaient fait l'objet d'une relecture avec confirmation du premier diagnostic pour la plupart. Seul un (1) cas pour qui une suspicion de carcinome épidermoïde avait été évoqué a été sous classé en lésion intra-épithéliale de haut grade. Le cout du frottis de dépistage au niveau des deux laboratoires était de 120000fcfa (8 euros.)

DISCUSSION

Notre étude souligne une disparité de la répartition des patientes en fonction des centres d'examen. En effet, 1388 frottis ont été réalisés en 3 ans dans deux centres hospitaliers de la ville de Thiès. Le CHRT représente les effectifs les plus élevés car les prélèvements se font 4 fois par semaine contrairement à l'hôpital Barthimée où les prélèvements sont hebdomadaires. Il n'existe pas un programme organisé de dépistage dans notre région ce qui explique notre faible échantillonnage. Une étude réalisée au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Lille comportait 23815 frottis de dépistage sur 04 ans [5] et dans une autre étude réalisée à l'Institut Pasteur de Nouvelle Calédonie le

nombre de frottis réalisé annuellement variait de 8572 à 10596 [6]. D'une manière générale, les pays en voie de développement affichent le faible taux de dépistage de CCU par le frottis avec environ 750 FCU effectués en moyenne par an [7,8]. Les activités de dépistage du CCU par le FCU sont relativement stables dans notre région avec un pic observé en 2016. Ceci est dû aux campagnes d'informations et de sensibilisation menées à travers les médias nationaux et les services de santé de la ville de Thiès.

Nos patientes venaient essentiellement des zones urbaines, avec une forte implication de la tranche d'âge de 36-45 ans et 46-55 ans correspondant à des proportions respectives de 32,06% et de 25,86% de femmes dépistées. Paradoxalement, les femmes de la tranche d'âge 16-26 ans et des femmes de plus de 56 ans sont moins représentées. Dans notre région où les premiers rapports sexuels sont précoces du fait des mariages seulement 6% des patientes âgées de 16 à 25 avaient fait un frottis. Il est donc important de mener des campagnes de sensibilisation en insistant sur l'intérêt de dépistage chez les femmes dès leur premier rapport sexuel et d'étendre ce dépistage au-delà de 50 ans. En effet, une baisse du taux de couverture chez les patientes de plus de 50 ans pourrait être en relation avec des taux de lésions cancéreuses tardives non négligeable malgré un suivi antérieur suffisant [9].

Les FCU réalisés ont été presque tous interprétables, ce qui nous situe en dessous du seuil de 2% de frottis non satisfaisants pour l'interprétation recommandé par l'OMS [10]. Plusieurs études ont rapporté un faible taux de frottis non satisfaisant [1, 11,12]. Les valeurs rapportées par notre série sont nettement en deçà des taux rapportés par d'autres auteurs [1, 11, 12]. Ces résultats s'expliquent par le fait que devant un frottis non satisfaisant, la patiente était immédiatement convoquée pour un frottis de contrôle. De plus pour les frottis très inflammatoires, il était recommandé aux patientes de faire un traitement anti infectieux sans résultat cytologique initial. Un nouveau rendez-vous leur était fixé avec le même numéro pour un prélèvement de contrôle.

Sur l'ensemble des frottis analysés et interprétables, nous avons trouvés 32 lésions précancéreuses soit une prévalence de 2,3%. Ce taux est inférieur aux taux de 7,9% et de 13,1% rapportés respectivement au Cameroun [13] et au Gabon [7]. Ceci s'explique par le fait que ces études étaient réalisées dans de cadre de campagne de dépistage organisé des cancers du col utérin. Une série française retrouvait

moins de 1% de lésions précancéreuses portant sur 815842 frottis de dépistage [14]. De faibles taux ont été également retrouvés dans une série américaine qui rapporte un taux de 1,6% de lésions précancéreuses [15]. Dans notre région, il n'y a qu'un médecin anatomopathologiste, ce qui rend difficile la mise en œuvre de dépistage systématique utilisant le FCU. Il est important d'avoir recours à d'autres méthodes de dépistage notamment la méthode IVA/IVL dans la détection des lésions dysplasiques du col utérin [16]. Une étude réalisée au Gabon montre que la méthode IVA/IVL avec colposcope couplé à l'histologie s'avèrent aussi performant que le FCU [16]. Une autre stratégie consiste à agir en amont par le biais de la vaccination des jeunes filles qui doit accompagner le dépistage. Au Sénégal, sur douze génotypes viraux recensés, l'HPV 16 et l'HPV 18 représentent près de 70% des infections virales et sont impliquées dans plus de 90% des cas de CCU [17]. A l'heure actuelle, Il existe trois types de vaccins : le Cervarix® (HPV 16, 18) qui est le plus utilisé dans le plan-cancer du Sénégal [17], le Gardasil® (HPV 6, 11, 16, 18) et le Gardasil 9® (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

Notre étude nous a permis de recueillir des résultats cytologiques sans confrontation avec l'histologie. Ainsi, toutes les lésions précancéreuses et les cancers suspectés au FCU n'ont pas été confirmés par l'histologie. Lorsque la patiente revenait pour une biopsie, un autre numéro lui était attribué par le service d'accueil du laboratoire et il était impossible de savoir s'il s'agissait effectivement de la même patiente. La fréquence des frottis inflammatoires est élevée dans notre série retrouvée chez 75,49% des femmes dépistées. Ce résultat est comparable à ceux retrouvés dans des autres séries africaines avec des taux qui varient entre 60 et 80% [13, 16]. Le FCU a permis de détecter 12 (0,86%) de lésions cancéreuses dont 9 (0,65%) étaient des carcinomes épidermoïdes et 3 (0,21%) des adénocarcinomes. Les lésions précancéreuses sont observées dans notre série à partir de la tranche d'âge 26-35 ans. Un autre pic de fréquence est noté dans la tranche d'âge 46-55 ans. Sept (07) femmes âgées de plus de 56 ans soit un taux de 21,87% présentaient des lésions précancéreuses. De nombreux auteurs sont en faveur de dépistage du CCU chez la femme âgée de plus de 55 ans. Cette extension serait à envisager dans une démarche globale d'optimisation du dépistage du CCU dans notre région afin de dépister toutes les tranches d'âge et de s'assurer d'un suivi régulier pour toute la population [9,18]. Un pourcentage élevé de lésions précancéreuses et cancéreuses soit 78,12% est observé dans notre série

chez les femmes ayant 3 enfants et plus. L'association des facteurs liés à la parité a été évaluée dans une méta-analyse incluant plus de 16000 femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et 33000 femmes n'ayant pas de cancer du col de l'utérus [19]. Les femmes ayant mené 7 grossesses ou plus à terme avaient un risque relatif de 2,4 pour le cancer cervical invasif, et de 1,7 pour le carcinome in situ, en comparaison avec les femmes nullipares [19].

De nombreux écarts ont été notés quant à la prise en charge des patientes. Il aurait été intéressant de connaître l'histoire gynécologique de nos patientes (date des premiers rapports sexuels, date du premier accouchement), de connaître leur statut matrimonial et leur niveau socio-économique afin de mieux évaluer l'incidence de facteurs de risque sur la survenue de lésions précancéreuses et cancéreuses. Les résultats étaient rendus en moyenne après 14 jours. Ce qui constitue un délai relativement long. Il n'existe pas au Sénégal de contrôle obligatoirement des frottis, ni d'évaluation quant à la prise en charge des anomalies dépistées. L'association française d'assurance de qualité en anatomie et cytologie pathologie (AFACAP) a mis à la disposition des anatomopathologistes des CD permettant une auto-évaluation des performances diagnostiques. Ceci pourrait être utile dans notre contexte surtout pour les anatomopathologistes des zones décentralisées qui n'ont pas toujours l'opportunité de montrer des cas difficiles à leur collègue.

CONCLUSION

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis est une priorité de santé publique. Au terme de notre étude, Il paraît clairement que le dépistage doit être réalisé chez les femmes symptomatiques ou non, ayant eu une activité sexuelle. Les zones rurales sont sous représentées. il est important de mettre en place des programmes de dépistage permettant d'inclure d'avantage des femmes des zones rurales qui éprouvent des difficultés matérielles à adhérer au dépistage et présentent donc des risques les plus graves des CCU.

Contribution aux auteurs

Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration de ce travail et ont lu et approuvé la version finale de ce manuscrit.

Remerciements

Nous remercions le professeur Bernard Marcel Diop de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la santé de Thiès pour avoir accepté de

relire ce document

Déclaration des liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir des liens d'intérêts

REFERENCES

- 1-Boublenza I, Moulessehou S, Beldjilali H.** Analyse des activités de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région de l'ouest Algérien entre 2007 et 2011. *Journal Africain du Cancer* 2012;5(1) :11-15
- 2 -Dem A, Dieng M, Traore B.** Les carcinomes épidermoïdes du col urétrin à l'Institut du cancer de Dakar. *Cahiers Santé.* 2008 ; 18(1) : 31-33.
- 3- Adem C, Petit T.** Mémento de pathologie. 4^{ème} édition. Editions Vernazobres-Gregory ; 2014.
- 4-Emile JF, Leteutre E., Guyétant S.** Pathologie générale. Enseignement thématique-biopathologie tissulaire. Collège Français des Pathologistes. 2^{ème} édition. Elsevier Masson; 2012.
- 5 Boman F, Duhamel A, Trinh QD.** Evaluation du dépistage cytologique des cancers et lésions précancéreuses du col utérin. *Bull Cancer.* 2003 ; 90 (7) :643-647.
- 6 Rougier Y.** Rapport technique année 2005- Institut Pasteur de Nouvelle Calédonie. http://isengard.pasteur.nc/wpcontent/uploads/2012/08/rapport_annuel_2005.pdf. Consulté en 2018
- 7 MEYE JF, MABIKA B, BELEMBAOGO E.** La place du dépistage du cancer du col utérin au Gabon, étude sur 19 ans : 1977-1995. *Pan Afr Med J.* 2015 ; 22 :165
- 8- Benni S, Meniar S, Amarti A.** La place du frottis cervico-vaginal dans le diagnostic du cancer du col de l'utérus au Maroc, région de Fès-Boulemane. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2007 ; 13(5): 1153-1159.
- 9- Meyer R, Lemay A, Guy X, Giraud C, Mathevet P, Flori M.** Les frottis de dépistage du cancer du col utérin après 65 ans?? Étude rétrospective sur 53 644 femmes. *Bull Cancer .* 2012;99(4):40915.
- 10- Doris B, Boyer L, Lavoué V, Riou F, Henno S, Tas P, et al.** Pratique du frottis cervico-utérin dans une population épidémiologiquement exposée : idées reçues, faits et arguments. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014;43(1):2634.
- 11- Benni S, Meniar S, Amarti A.** La place du frottis cervico-vaginal dans le diagnostic du cancer du col de l'utérus au Maroc, région de Fès-Boulemane. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2007 ; 13(5): 1153-1159.
- 12 Baldauf JJ., Hamid D., Ritter J., Walter P.**

Néoplasies intra épithéliales du col utérin. Gynécologie 4^{ème} Ed. Masson, 2002 : 78-86.

13- Nkeggoum B., Bellevey E., Mbakop A., Gwet bell E.

Lésions précancéreuses du col utérin chez la femme camerounaise. Aspects cytologiques et épidémiologiques de 946 cas. Gynécol Obstét fertil 2001 ; 29 :15-20.

14-Crisap-France. Les frottis cervico-vaginaux de dépistage : analyse de 815842 examens réalisés en 1992. Ed.crisap-France, Dijon, 1994.

15-Brown DR, Shew ML, Qadadri B, Nepturne N, Vargas M, Tu W et al. A longitudinal study of génital papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. J Infect Dis 2005, 191(2) :182-92.

16- Mpiga E, Ivanga M, Koumakpayi IH, Aloghe CE, et al. Intérêt de l'inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de Lugol avec colposcope. The Pan African Medical Journal. 2015; 22:165.

17- Soumboundou M, Thiam I, Doh K, Dieng MM, Dial CMM, Malesys C et al. HPV Genotypes of Senegalese Women Attending Radiotherapy . Open Journal of Biophysics 2018;8:85-94.

18- Anttila A, Pukkala E, Soderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Effect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963-1995: recent increase in cervical cancer incidence.

Int J Cancer 1999 ; 83 : 5965.

19-International Collaboration of epidemiological studies of cervical cancer.

Carcinoma of the cervix and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,543 women with cervical cancer and 33,542 women without cervical cancer from 25 epidemiological studies. *Int J Cancer*.2006; 119:1108-24.