

Cancers du col : aspects diagnostiques et thérapeutiques au centre hospitalier régional de Thiès

Cervical cancers: diagnostic and therapeutic aspects at the regional hospital of Thiès

Gueye L^{1,2}, Thiam M^{1,2}, Thiam O³, Gassama O⁴, Diop MB¹, Cisse ML^{1,2}

¹ Centre Hospitalier Régional de Thiès,

² UFR Santé de Thiès, Sénégal

³ Université Gaston Berger,

⁴ Université de Dakar

Correspondances : Dr Lamine GUEYE, Service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Thiès, 1 Avenue Malick SY Prolongée, BP: 34 Thiès (Sénégal). Tel. : +221 776515652 Email : lamingueye@yahoo.fr

Reçu : le 20 janvier 2020 - Accepté : le 18 août 2021 - Publié : le 3 septembre 2021

RESUME

Objectif : L'objectif de notre étude était de décrire le profil épidémiologique des patientes atteintes de cancers du col de l'utérus, le stade diagnostique et les particularités thérapeutiques et pronostiques.

Patientes et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2018 portant sur 64 patientes présentant un cancer du col de l'utérus. Nous avons exploité les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des patientes prises en charge dans le service de la maternité du Centre Hospitalier Régional de Thiès pour un cancer du col de l'utérus. **Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons retenu 64 dossiers de patientes atteintes de cancer du col de l'utérus. L'âge moyen des patientes était de 56,6 ans avec des extrêmes de 25 et 90 ans. La plupart des patientes était des femmes au foyer (87,5%), multipares dans 84,4% des cas. Le principal motif de consultation était constitué par les métrorragies isolées (64%). Cinquante-trois patientes soit 82,8% des cas consultaient à un stade au-delà de Ib1 de FIGO. Soixante-une patientes (95,3%) avaient un carcinome épidermoïde. La radiothérapie était indiquée chez 38 femmes soit 59,4% et 7 soit 18,4% en avaient bénéficié. Une colpohystérectomie avec lymhadénectomie (CHEL) première était réalisée chez 11 patientes soit 17,2%. Une récurrence pelvienne était notée chez 5 patientes soit 7,8%. Vingt trois patientes (35,9%) bénéficiaient d'une survie globale à 12 mois. Vingt-sept étaient décédées soit 42,2% des cas et 14 étaient perdues de vue soit 21,9% des cas. **Conclusion :** Le cancer du col de l'utérus constitue un véritable problème de santé publique, surtout dans notre structure où il représente une cause majeure de décès par le cancer. Cette mortalité est liée au diagnostic tardif et l'inaccessibilité de certains traitements notamment la radiothérapie. La lutte contre le cancer du col passe nécessairement par la mise en œuvre de programmes de dépistage et de prise en charge précoce et adaptée des cancers du col dans notre pays. Les techniques d'inspection visuelle (IVA et IVL) constituent une alternative simple et fiable et devraient être vulgariser davantage dans nos pays à ressources limitées pour dépister précocement les lésions précancéreuses.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, mortalité, Thiès

ABSTRACT

Objective: The objective of our study was to determine the epidemiological profile of patients with cervical cancer, the diagnostic stage and to describe the therapeutic and prognostic features. **Patients and method:** We conducted a descriptive retrospective study from January 1, 2015 to December 31, 2018 on 64 patients with cervical cancer. We used epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic data from patients treated in the maternity ward of the Regional Hospital of Thiès for cervical cancer. **Results:** During the study period, we retained 64 files of patients with cervical cancer. The mean age of the patients was 56.6 years with extremes ranging from 25 years to 90 years. Most of the patients were housewives (87.5%), multiparous in 84.4% of cases.

The main reason for consultation was isolated metrorrhagia (64%). Fifty-three patients, ie 82.8% of cases, consulted at a stage beyond FIGO Ib1. Sixty-one patients (95.3%) had squamous cell carcinoma. Radiotherapy was indicated in 38 women, ie 59.4% and 7 or 18.4% had benefited from it. Colpohysterectomy with first lymphadenectomy (CHL) was performed in 11 patients, ie 17.2%. Pelvic recurrence was noted in 5 patients, ie 7.8%. Twenty-three patients (35.9%) had overall survival at 12 months. Twenty-seven had died or 42.2% of cases and 14 were lost to follow-up or 21.9% of cases.

Conclusion: Cervical cancer is a real public health problem, especially in our structure where it is a major cause of death from cancer. This mortality is linked to late diagnosis and the inaccessibility of certain treatments, particularly radiotherapy. The fight against cervical cancer necessarily involves the implementation of screening programs and early and appropriate management of cervical cancer in our country. Visual inspection techniques (IVA and IVL) constitute a simple and reliable alternative and should be further popularized in our countries with limited resources for early detection of precancerous lesions.

Keywords: cervical cancer, mortality, Thies

INTRODUCTION :

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer gynécologique le plus fréquent après celui du sein [1]. Il constitue un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement où il représente la première cause de décès par cancer dans la population féminine [2]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'incidence du cancer du col est de 500 000 nouveaux cas par an à travers le monde avec 350 000 victimes chaque année dont près de 95% dans les pays en voies de développement [2]. Ainsi le cancer du col de l'utérus est devenu le cancer des pays en voies de développement avec 80 à 85% des cas et seulement 15% des cas chez les femmes européennes avec une diminution annuelle de 4% par an en Europe du nord et de l'ouest [3]. Le facteur de risque principal de cette maladie est l'infection par le papillomavirus humain (HPV), dont la prévalence en Afrique varie entre 21% et 35% selon les régions. Dans nos pays en développement, l'absence de stratégies et de programmes efficaces de dépistage et de traitement, explique la prévalence élevée, le diagnostic à des stades avancés de la maladie et la mortalité élevée.

L'objectif de notre étude était de décrire le profil épidémiologique des patientes atteintes de cancers du col de l'utérus, le stade diagnostique et les particularités thérapeutiques et pronostiques.

PATIENTES ET METHODE : Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à recrutement rétrospectif du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2018 portant sur 64 patientes présentant un cancer du col de l'utérus. Nous avons exploité les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des patientes prises en charge dans le service de la maternité pour un cancer du col de l'utérus avec un diagnostic histologique.

RESULTATS

1. Résultats épidémiologiques :

Répartition des patientes selon l'année

Notre étude portait sur 64 patientes reçues pendant la

période d'étude, soit une moyenne de 16 cas de cancers du col de l'utérus par année (tableau I).

Si on compare au nombre de patientes atteintes de cancers suivies à l'unité de chimiothérapie durant la même période (211 patientes), le cancer du col de l'utérus représente le deuxième cancer avec une proportion de 30%.

Tableau I: Répartition des patientes selon l'année

Année de consultation	Nombre	%
2015	18	28,1
2016	17	26,6
2017	14	21,9
2018	15	23,4
Total	64	100,0

L'âge

L'âge moyen des patientes était de 56,6 ans avec des extrêmes de 25 et 90 ans au moment du diagnostic (Figure I). Deux pics de fréquence étaient notés : 45 à 54 ans avec 23,4% des cas et 55 à 64 ans avec 29,7% des cas. Le maximum de cancers se situait entre 45 et 64 ans avec 34 patientes soit 53,1% des cas. Les patientes âgées d'au moins 65 ans constituaient 28,1% de la série et 18,8% avaient moins de 45 ans. Les patientes de moins de 35 ans constituaient 4,7% de la série (Figure I).

La patiente la plus jeune avait 25 ans. Il s'agissait d'une IIGIP reçue pour métrorragies, hydrorrhées fétides évoluant depuis 06 mois. Dans ses antécédents on retrouve une notion d'abus sexuelle par son oncle paternel à l'âge de 08 ans.

Elle n'avait jamais réalisé de FCU. Reçue en consultation pour altération de l'état général et métrorragies ; l'examen au spéculum objectivait une tumeur ulcero-nécrotique saignant au contact de 05 cm. Au toucher vaginal, un col ulcéré avec infiltration des culs de sacs vaginaux antérieur et postérieur. Au toucher rectal, les deux paramètres étaient infiltrés par la tumeur. La biopsie faite concluait à un carcinome épidermoïde indifférencié kératinisant. Le

scanner abdominopelvien retrouvait une tumeur du col de 06 cm avec une extension aux ganglions pelviens. A la biologie on retrouvait une anémie sévère à 05 g/l, la sérologie rétrovirale HIV était négative. Au total il s'agissait d'une patiente de 25 ans IIGIP aux antécédents d'abus sexuel à l'âge de 08 ans qui présentait un cancer du col utérin stade IIB, l'indication d'une radio chimiothérapie concomittante fut retenue. Elle fut hospitalisée mais décède au bout de 5 jours dans un tableau d'anémie sévère et d'infection.

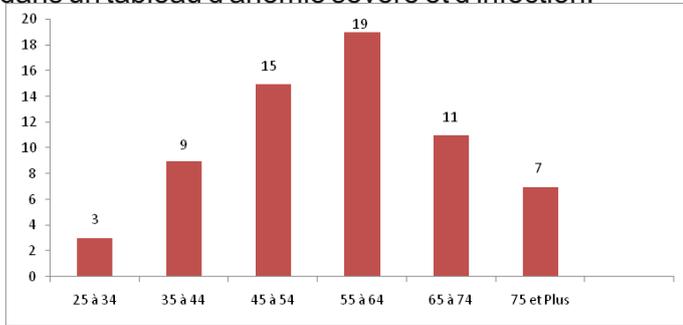


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge

Niveau d'étude des patientes

Dans notre série, 56 patientes soit 87,5% n'étaient pas instruites et 8 patientes soit 12,5% étaient instruites. Deux (2) patientes parmi les 8 instruites avaient un niveau d'étude secondaire et les 6 restantes un niveau d'étude primaire.

Les antécédents gynécologiques

·Parité

Les patientes étaient en majorité des multipares et de grandes multipares. La grande majorité des patientes avait au moins 4 enfants (54 femmes soit 84,3 %) et parmi elles 40,6% en avaient au moins 6. Les patientes avec moins de 4 enfants représentaient 15,7% de notre série.

·Vie génitale

Quarante-six patientes (71,9%) étaient ménopausées, 18 patientes (28,1%) étaient en période d'activité génitale.

2. Résultats cliniques

Les motifs de consultation

Le principal motif de consultation était constitué par les métrorragies isolées. Elles étaient retrouvées chez 41 patientes soit 64% des cas, l'association métrorragies et hydrorrhées chez 9,4% et les métrorragies associées aux douleurs pelviennes chez 7,8%. Un frottis cervico-vaginal pathologique suspectait le diagnostic chez 7 patientes soit 11% des cas.

Examen clinique

* Etat général: Treize patientes soit 20,3% consultaient dans un mauvais état général.

* Examen au spéculum

Soixante-deux femmes soit 97% des cas avaient un col pathologique au spéculum, un col était macroscopiquement sain chez une femme (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon l'aspect du col au spéculum

Aspect col au spéculum	Nombre	%
Col ulcéro-bourgeonnant	35	54,7
Col ulcéro-nécrotique	10	15,6
Col ulcéré	10	15,6
Col bourgeonnant	7	11
Col normal	1	1,5
Non précisé	1	1,5
Total	64	100,0

* Toucher vaginal et rectal

On objectivait une extension au tiers inférieur du vagin chez 15 patientes (26,6%). Trente-sept patientes avaient une atteinte des paramètres soit 57,8% des cas.

La classification de FIGO

Le stade d'extension anatomique de la tumeur était déterminé à partir de la classification de la Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO).

C'est ainsi que nous avons classé :

- une patiente au stade IA1, diagnostiquée sur pièce de conisation et 10 patientes étaient au stade IB1 soit 15,6% des cas.

- Cinquante-trois patientes soit 82,8% des cas avaient consulté à un stade au-delà d'IB1 (tableau III).

Tableau III : Répartition des patientes selon le stade FIGO

Stades de FIGO	Nombre	%
IA1	1	1,6
IB1	10	15,6
IB2	2	3,1
IIA	4	6,2
IIB	9	14
IIIA	8	12,5
IIIB	12	18,7
IVA	11	17,2
IVB	7	11
Total	64	100,0

Résultats histologiques

La majorité des patientes présentaient un carcinome épidermoïde : 61 cas soit 95,3% et 3 patientes (4,7%) présentaient un adénocarcinome .

Bilan d'extension

TDM thoraco-abdomino-pelvienne

Elle était réalisée chez 54 patientes soit 84,4% des cas. Un envahissement ganglionnaire était retrouvé chez 27 patientes (42,2%). Un envahissement rectal était noté chez 3 patientes, hépatique chez 3 patientes, pulmonaire chez une patiente, osseux chez une patiente.

Cystoscopie

Elle était réalisée chez 35 patientes soit 54,7% des cas avec un envahissement vessicale chez 8 patientes.

A l'issu du bilan d'extension, le cancer était localisé au col chez 11 patientes soient 17,2% et 71,8% avaient une extension au delà du col et parmi elles 12,5% présentaient une extension au delà du pelvis.

3. Indications thérapeutiques

Sur les 64 patientes, 13 avaient reçu un traitement d'emblée palliatif (20,3%). Pour 49 femmes, l'indication première était curative, soit 76,6% des cas, et pour 2 patientes (3,1%), l'indication n'était pas précisée (tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patientes selon l'indication thérapeutique

Indication thérapeutique	Nombre	Pourcentage %
Chimio-palliative	13	20,3
Radio chimiothérapie	38	59,4
Chirurgie première	11	17,2
Non précisé	2	3,1
Total	64	100,0

La chirurgie

Une CHEL première était réalisée chez 11 femmes, soit 17,2% des patientes et une chirurgie de cloture chez deux patientes.

La radiothérapie

Elle était indiquée chez 38 patientes soit 59,4%, réalisée chez 7 patientes soit 18,4% des cas. Cinq patientes avaient bénéficié d'une radiochimiothérapie concomitante seule, 2 patientes d'une radiochimiothérapie suivie d'une chirurgie de clôtüre.

Les récidiives

Il y avait une récidiive tumorale chez 5 patientes soit 7,8% et une progression naturelle pour 16 patientes (25%) sous chimiothérapie exclusive. La récidiive était pelvienne et le délai moyen d'apparition était de 18 mois. Il n'y avait pas de récidiive pour les stades IA1 et IB1, une récidiive était respectivement notée pour les stades IB2, IIA, IIIA et deux récidiives pour le stade IIIB. La progressions naturelle était observée pour les stades au-delà d'IB2 (Tableau V).

Tableau V : Répartition de l'évolution de la maladie selon le stade

Stades diagnostiques	Survie				Total
	avec récidiive	sans récidiive	progression naturelle	non précisé	
IA1	0	1	0	0	1
IB1	0	9	0	1	10
IB2	1	1	0	0	2
IIA	1	1	1	1	4
IIB	0	4	2	3	9
IIIA	1	2	2	3	8
IIIB	2	0	2	8	12
IVA	0	0	4	7	11
IVB	0	0	5	2	7
Total	5	18	16	25	64

La récidiive tumorale ou la progression naturelle étaient plus fréquente lorsqu'il existait un envahissement ganglionnaires : 3 cas de récidiive et 12 cas de progression naturelle étaient notés chez les patientes ayant un envahissement ganglionnaire, 2 cas de récidiive et 4 cas de progression naturelle chez les patientes sans envahissement ganglionnaire.

Evolution et suivi

Vingt trois patientes (35,9%) bénéficiaient d'une survie globale de 12 mois dont 18 patientes (28,1%) avaient une survie sans récidiive. Vingt-sept étaient décédées soit 42,2% des cas et 14 étaient perdues de vue soit 21,9% des cas.

DISCUSSION

1. Epidemiologie

1.1. Incidence et mortalité:

Le cancer du col de l'utérus représente 30% des cancers gynécologiques dans notre structure avec une moyenne annuelle de 16 cas et occupe la deuxième place après le cancer du sein. Dans la littérature africaine, le cancer du col occupe la première place des cancers gynécologiques dans la sous-région selon Traore [4] au Mali (50,3 %) et DEM au Sénégal (47,7%) [5]. Les données les plus récentes tirées de Globocan 2018 montre que le cancer du col demeure le premier gynécologique au Sénégal avec 1876 soit 17,8% de l'ensemble des cancers [6].

Sanchez en 2001 [7] notait 695 cas de cancers du col utérin à l'institut Curie de Dakar qui se répartissaient sur 22 ans, soit 31 cas par an. Dans notre série, la moyenne annuelle des cancers du col utérin était de 16. Ce chiffre ne reflète pas la fréquence réelle du cancer du col utérin dans notre hôpital. En effet, nous nous sommes limités aux dossiers des patientes reçues au service de maternité de l'hôpital de Thiès.

Les patientes reçues dans les autres services de l'hôpital de Thiès n'étaient pas incluses.

1.2. Age

La moyenne d'âge des patientes était de 56,6 ans avec des extrêmes allant de 25 à 90 ans. Nous avons noté deux pics de fréquence : un pic entre 45 et 54 ans et pic entre 55 et 64 ans. Dem au Sénégal [8] retrouvait aussi un pic entre 45 et 54 ans. Toutefois, malgré ces deux pics, le cancer du col n'épargne pas les femmes jeunes comme en témoigne nos résultats, 18,3% de nos patientes avaient moins de 45 ans et 4,7% parmi elles avaient moins de 35 ans. Bagnan [9] et Lavoué [10] notaient respectivement un pic entre 35 et 49 ans, 36 et 45ans. Le cancer du col n'épargne non plus les femmes âgées. Les patientes d'au moins 65 ans représentaient 26,7%. Dem [8] notait 14% de femmes âgées de plus de 65ans. Thiam [11] parle d'une incidence annuelle de 23,6% du cancer du col utérin chez les femmes qui ont plus de 60 ans.

1.3. Niveau d'étude des patientes

Dans notre série, 56 patientes soit 87,5% n'étaient pas instruites. N'guéssan au Mali [12] signalait 62% de femmes non instruites. Le faible niveau scolaire pourrait expliquer le retard à la consultation et le diagnostic aux stades avancés.

1.4. Profession

La grande majorité de nos patientes (56 ; 87,5%) était femmes au foyer (FAF). Ces résultats sont presque similaires à ceux de N'guéssan au Mali [12] qui notait 71,9% de femmes sans profession. Ces résultats sont en effet le reflet de la population subsaharienne jeune, femmes aux foyers avec un bas revenu économique entraînant un retard à la consultation et un diagnostic au stade avancé. Un niveau socio-économique faible est considéré comme un facteur de risque pour beaucoup de problèmes de santé y compris le cancer du col utérin, plus particulièrement dans les régions à faibles ressources. Les femmes issues d'un niveau socio-économique faible ont souvent des revenus limites, une mauvaise alimentation, une hygiène défectueuse et une connaissance presque nulle des problèmes de santé et des comportements préventifs [13].

1.5. Lieu de résidence des patientes

Quarante-trois patientes (67,2%) résidaient dans le département de Thiès, 11 (17,2%) dans le département de Tivaoune, 4 patientes (6,3%) dans le département de Mbour soit un total 58 patientes soit 90,6% résidant dans la région de Thiès. Nos résultats pourraient être expliqués par l'existence d'un seul centre de prise en charge du cancer du col dans la région de Thiès.

1.6. Antécédents gynécologiques

* Situation matrimoniale

Dans notre série 76,6% des femmes étaient mariées dont 57% en régime polygamique. Nos résultats concordent avec ceux de plusieurs auteurs africains. Bagnan au Bénin [9] notait 91% de femmes mariées. En effet, le mariage précoce et souvent forcé constituait un facteur de risque important du cancer du

col de même le multi partenariat sexuel du mari.

* Parité

Le profil des nos patientes était identique à celui de la plupart des séries africaines, il s'agit de grandes multipares sans notion de dépistage de cancer du col. En effet, 84,4% de nos patientes avaient au moins 4 enfants et parmi elles 40,6% en avaient au moins 6. N'guéssan [12] trouvait qu'à partir de 35 ans, les multipares deviennent de plus en plus exposées au risque de cancer du col ; ainsi le cancer du col augmente avec la parité et paraît six fois plus élevé chez la multipare que chez le paucipare [8, 12]. Il ressort qu'en Afrique, la multiparité est un réel facteur de risque du cancer du col utérin car les grossesses par leur traumatisme répétés qu'elles occasionnent, entraînent des remaniements de l'architecture du col qui évoluent vers un état dysplasique [12]. Dem au Sénégal [8] retrouvait aussi une majorité de grandes multipares avec une parité moyenne de 8. Bagnan au Bénin [9] et N'guéssan au Mali [12] avaient respectivement 58% et 73,1% de multipares atteintes de cancer du col utérin.

2. Clinique

2.1. Motifs de consultation

Le dépistage organisé en masse du cancer du col de l'utérus par la réalisation de frottis cervicovaginal n'est réalisé dans notre pays et un peu partout en Afrique. La technique d'inspection visuelle au Lugol et à l'acide acétique se présente comme une alternative pour le dépistage d'opportunité dans notre structure de santé. Sept patientes soit 11% bénéficiaient d'un diagnostic précoce. Le dépistage cytologique par frottis du col utérin et la prise en charge thérapeutique des dysplasies du col de l'utérus ont permis une diminution de l'incidence de cette pathologie et logiquement une diminution de sa mortalité. Dans les pays où existe un dépistage organisé [1] (Grande-Bretagne, Danemark etc), on observe une meilleure efficacité des programmes proposés par rapport au dépistage opportuniste [10].

L'hémorragie génitale constitue le principal motif de consultation dans notre série. Comme décrit un peu partout, les métrorragies restent le maître-symptôme. Elles étaient isolées chez 41 patientes soit 64% des cas. Dem au Sénégal [8] et Elmarjany au Maroc [14] notaient respectivement des métrorragies chez 79,5% et 89,9% des patientes.

2.2. Aspect du col

On notait une prédominance des lésions cervicales ulcéro-bourgeonnantes dans 54,7% des cas. Thiam [11] retrouvait une prédominance des cols ulcéro-bourgeonnants avec 67,79% des cas.

2.3. Stade diagnostique

Par rapport au stade, les femmes se répartissaient ainsi : 82,8% de stades avancés (au-delà d'IB1) et 17,2% de stades précoces (IA1 et IB1).

Nos chiffres superposables à ceux de Dem au Sénégal [8], Bagnan au Bénin [9] qui notaient respectivement 72,7% et 65,23% de stades avancés. Par contre Lavoué en France [10] retrouvait 23%

de stades avancés. Ceci s'explique par l'introduction et l'application de programmes de dépistage systématique qui permettent de découvrir le cancer du col à un stade précoce dans les pays développés [13].

Le stade tumoral détermine en partie la survenue de récidives. Dans notre série il n'y avait pas de récurrence pour les stades IA1 et IB1, une récurrence était décrite pour les stades avec extension locorégionale au moment du diagnostic, une progression naturelle était fréquente pour les stades avec extension à distance.

3. Histologie

Le type histologique prédominant était le carcinome épidermoïde (95,3% des cas), suivi par l'adénocarcinome (4,7%). En effet les cancers du col utérin prennent généralement naissance dans la zone de transition entre l'épithélium cylindrique et l'épithélium malpighien d'où une prédominance des carcinomes épidermoïdes. Ces résultats sont retrouvés un peu partout dans le monde. Pointreau en France [15] retrouvait près de 80% de carcinomes épidermoïdes. Duport [21] retrouvait dans le monde une prédominance des carcinomes épidermoïdes (80-90%).

4. Bilan d'extension

Le bilan d'extension était basé sur l'examen clinique, la cystoscopie et la TDM thoraco-abdomino-pelvienne (84,4% des patientes avaient réalisé une TDM). L'IRM qui constitue l'examen de référence pour le bilan d'extension des cancers du col [15] n'a pas été demandé chez nos patientes car dans notre contexte, le recours à cet examen reste limité du fait de son coût élevé le rendant inaccessible pour les malades presque toutes issues de niveau socioéconomique défavorable. Dans notre étude, un envahissement ganglionnaire était retrouvé chez 27 patientes (42,2%). Cet envahissement ganglionnaire est considéré par tous les auteurs comme un élément de mauvais pronostic [10].

5. Traitement

La radiothérapie qui constitue le traitement de référence pour les cancers du col localement évolué, était indiquée chez 59,4% des femmes mais n'était réalisée que chez 7 patientes soit 18,4% des cas. Ceci était dû d'une part par la panne de la machine de radiothérapie durant notre période d'étude et d'autre part par le manque de moyen de nos patientes. A défaut d'une radiothérapie elles étaient mises sous chimiothérapie seule qui est un traitement incomplet. Cela pourrait expliquer le nombre important de récidives, de progression naturelle et de décès.

Dans notre série 11 patientes soit 17,2% des cas avaient bénéficié d'une CHL première. Ce taux de CHL première bas s'explique par un diagnostic à des stades avancés non chirurgicaux.

6. Evolution de la maladie

Survie et mortalité

La survie globale à 12 mois était de 35,9%. Vingt-sept patientes étaient décédées soit 42,2% des cas. La mortalité par cancer est importante en Afrique subsaharienne. En 2002, selon l'OMS, 412 100

personnes étaient mortes de cancer en Afrique subsaharienne. Si aucune intervention n'est mise en œuvre, le nombre de nouveaux cas de cancer atteindra 804000 d'ici 2020, et celui des décès imputables à cette maladie 626400. [15]

Le cancer du col utérin est un tueur de femmes dans nos régions africaines. En effet selon les données de Ferlay, en 2008, le taux de mortalité dans le monde était de 7,8 cas pour 100000 femmes pour le cancer du col utérin. En Afrique, le taux de mortalité était de 17,6 cas pour 100000 femmes pour le cancer du col utérin [2].

N'guessan en Côte d'Ivoire [12] notait 18 cas de décès soit 10,5%. Au Bénin Bagnan [9] quant à lui notait 17% de survie à 5 ans. En France métropolitaine [1], la survie nette standardisée de cancer du col de l'utérus était de 63% à 5 ans (2005 à 2010) et 58% à 10 ans (1989 à 2010). Une survie élevée en Occident peut être expliquée par le diagnostic précoce à un stade moins avancé, un plateau technique relevé et des moyens thérapeutiques plus adéquats pour la prise en charge.

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus constitue un véritable problème de santé publique, surtout dans notre structure où il représente une cause majeure de décès par cancer. Cette mortalité est liée au diagnostic tardif et l'inaccessibilité de certains traitements notamment la radiothérapie. La lutte contre le cancer du col passe nécessairement par la mise en œuvre de programmes de dépistage et de prise en charge précoce et adaptée des cancers du col dans notre pays. Les techniques d'inspection visuelle (IVA et IVL) constituent une alternative simple et fiable et devraient être vulgarisées davantage dans nos pays à ressources limitées pour un dépister précocement les lésions précancéreuses.

RÉFÉRENCES

1. **Dumont A, Bessières N, Razafindrafara G, et al.** Intérêt du test HPV dans le dépistage primaire du cancer du col en milieu rural à Madagascar. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2019 May 26;67(2):120–5.
2. **Ferlay J, Shin H-R, Bray F, et al.** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*, 2010 May 26;127(12):2893–917.
3. **Seoud M, Tjalma WAA, Ronsse V.** Cervical adenocarcinoma: Moving towards better prevention. *Journal home page, Vaccine* 2011 May 26;29(49):9148–58.
4. **Agence Nationale de Statistique et de la Démographie** [Internet]. [cited 2019 Oct 23], Available from: <http://www.ansd.sn>.
5. **Dem A, Traoré B, Dieng MM, et al.** Les cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut du cancer de Dakar. *Cahier Santé*, 2008 May 26;18(1):25–9.
6. World Health Organization ; Senegal Source:

Globocan 2018

The Global Cancer Observatory - All Rights Reserved
- October, 2020.

7. **Sanchez NMV.** Aspects épidémiologiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus à l'institut Curie de Dakar. 2001 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: Bibliothèque numérique de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar.

8. **De Tourris H, Magnin G, Pierre F.** Gynécologie et Obstétrique manuel illustré, 7^e Ed, Paris: Masson; 2000. 478 p.

9. **Alliance for Cervical Cancer Prevention.** Facteurs de risque du cancer du col utérin?: connaissances actuelles, 2004;5. Available from: www.alliance-cxca.org.

10. **Mahi M, Akjouj S, El Kharras A, et al.** AGF-WP-12 Apport de l'IRM dans le bilan d'extension du cancer du col utérin. J Radiol, 2008 May 26;89(10):1533.

11. **Thiam I, Doh K, Dial C, et al.** Morpho-epidemiological profile of elderly subject cancer in

Dakar. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement, 2014;12(4):354-60.

12. **N'guessan K, Kouakou F, Loué V, et al.** Le cancer du col de l'utérus: aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu Africain. Mali Med, 2009;24(3):27-30.

13. **Bourgin C, Estevez JP, Collinet P.** Surveillance post-thérapeutique des cancers du col en France?: priorité à l'examen clinique. Gynécologie Obs Fertil Sénologie, 2018 May 26;46(5):503-5.

14. **Duport N, Serra D, Goulard H, et al.** Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France?? Rev Epidemiol Sante Publique, 2008 May 26;56(5):303-13.

15. **Philippe H, Ayoubi J, Baldauf J, et al.** Collège nationale des gynécologues et obstétriciens français et de la conférence nationale des PU-PH en gynécologie obstétrique. Réussir les épreuves classantes nationale. Paris: Elsevier Masson; 2006. 446 p.