

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

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

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

### **Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.**

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

### **Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.**

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

### **Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du chu Gabriel Toure entre 2003 et 2009**

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

### **Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou**

#### *Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou*

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

### **Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux chu de Cotonou au Bénin : apport de la colposcopie**

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

### **Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).**

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 -

36

### **Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)**

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

### **La procidence du cordon ombilical au chu de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal**

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

### **Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire**

#### **Souro Sanou de Bobo-Dioulasso**

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

### **Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako**

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

# EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER INVASIF DU COL DE L'UTERUS AU CHU DE YOPOUGON (ABIDJAN)

SENI K, HORO A, DIAKITE M, QUENUM G, FANNY M.

Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Yopougon Abidjan-Côte d'Ivoire  
(Service du Professeur KONE Mamourou)

---

**Correspondance** : Dr Seni Konan, Maître-Assistant

## RESUME

**Objectif** : Evaluer la prise en charge du cancer du col de l'utérus dans notre service. De manière spécifique analyser les facteurs épidémiologiques, les aspects cliniques, la prise en charge et les résultats.

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 198 dossiers de cancer du col de l'utérus colligés au CHU de Yopougon de 1991 à 2002.

**Résultats** : La fréquence est estimée à 0,33 % des consultations, 60,71 % des patientes sont recrutées au stade III et IV de la FIGO. seules 53 patientes, soit 26,7% ont bénéficié d'une chirurgie élargie, 2,25% des parturientes ont pu bénéficier d'une radiothérapie. La chimiothérapie a été décevante.

## SUMMARY

**Objective** : To evaluate the management of cervix cancer in our service. Specific objective was to analyze the epidemiological factors, clinical issue, the management of the results.

**Method**: It is a retrospective and descriptive study concerning 198 cases of uterine cervix cancer gathered from 1991 to 2002 in Yopougon teaching hospital.

**Results** : The frequency is estimated to 0.33 % of the consultation, 60.71 % of the patients are recruited at FIGO III and IV stages. Only 53 patients (26.7 %) benefited from radiotherapy. Chemotherapy was disappointing.

**KEY WORDS** : cervix cancer, surgery, radiotherapy, cervical cancer management

## INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent des cancers de la femme. Selon l'OMS, il occupe le premier rang de tous les cancers chez la femme dans les pays en développement avec 460 000 nouveaux cas par an. Dans les pays développés, notamment ceux de l'Europe du nord, il occupe le second rang, mais l'incidence est en baisse constante à cause du dépistage à grande échelle basé sur le frottis cervical. Dans les pays en développement il demeure un problème de santé publique du fait de sa mortalité élevée liée au manque de dépistage, de sa découverte tardive et du manque de moyen physique de traitement. Si les aspects épidémiologiques du cancer du col de l'utérus font souvent l'objet de publication dans la littérature médicale africaine, on note une rareté de travaux relatifs à la prise en charge.

Nous avons donc initié ce travail pour évaluer la prise en charge du cancer du col dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Yopougon.

## I- MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 198 dossiers de cancer du col de l'utérus colligés au CHU de Yopougon.

Les critères d'inclusion étaient les patientes atteintes de cancer du col régulièrement suivies au CHU de Yopougon.

Nous avons étudié pour chaque dossier : les facteurs épidémiologiques, les aspects cliniques, le traitement et le résultat.

Les méthodes thérapeutiques étaient : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie.

La suivie actuarielle a été calculée par la méthode de Kaplan Meier.

## II- RESULTATS

### 1- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

#### a) Fréquence

Nous avons effectué 60 000 consultations pendant la même période, ce qui situe la fréquence à 0,33 %. Le cancer du col de l'utérus représente 80% de tous les cancers gynécologiques recrutés dans le service.

#### b) Age

L'âge moyen est de 50,7 ans avec des extrêmes de 21 à 80 ans

#### c) Parité

La parité moyenne est de 7,25 avec des extrêmes de 0 à 15 ans. Les grandes multipares représentent 57%

#### d) Les facteurs liés à l'activité sexuelle

Seules, 62 patientes ont pu préciser l'âge de leur premier rapport sexuel. 90% d'entre elles ont eu leurs premiers rapports avant 18 ans.

## 2- ASPECT CLINIQUES

### a) Motifs de consultation

Les métrorragies représentent 75% des motifs de consultation.

La répartition des patients selon le motif de consultation est rapportée par le tableau I.

**Tableau I : Répartition selon le motif de consultation**

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage (%)
Métrorragies isolées	150	75.76
Métrorragies + douleurs	38	19.19
Leucorrhées	7	3.54
Découvertes fortuites	3	1.52
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

Dans 75,76% des cas, il s'agit de métrorragies isolées.

### b) Stade clinique

La répartition selon le stade clinique est rapportée dans le tableau n° II.

**Tableau II : répartition des patientes selon les stades cliniques**

Stade	Effectifs	Pourcentage (%)	
Stade 0	3	1.52	
Stade I	Stade Ia	1	0.51
	Stade Ib	22	11.11
Stade II	Stade IIa	24	12.12
	Stade IIb	28	14.14
Stade III	70	35.35	
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100</b>	

Plus de 60% de nos patientes sont vues aux stades III et IV

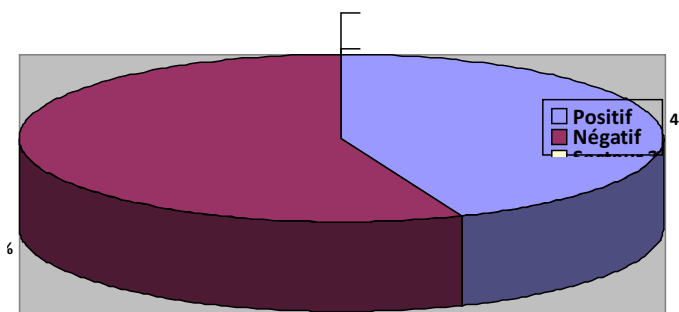
### c) Les aspects histologique

La biopsie a pu être réalisée chez 96 patientes, soit 48,48 de l'effectif.

On note une prédominance des carcinomes épidermoïdes avec 90,66 %.

### d) Envahissement ganglionnaire

Sur 198 patientes, seules 50 ont bénéficiés d'une chirurgie avec examen anatomo-pathologique des ganglions prélevés. 44% des femmes présentaient un envahissement ganglionnaire.



**Figure 1 :** Représentation graphique des patientes selon le statut ganglionnaire

## 2- Traitement

### Méthode thérapeutique

Plusieurs méthodes ont été utilisées : la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie, de façon isolée ou combinée. Dans 61% des cas, nous avons opté pour l'obtention thérapeutique.

La distribution des patientes selon la méthode thérapeutique est rapportée dans le tableau III.

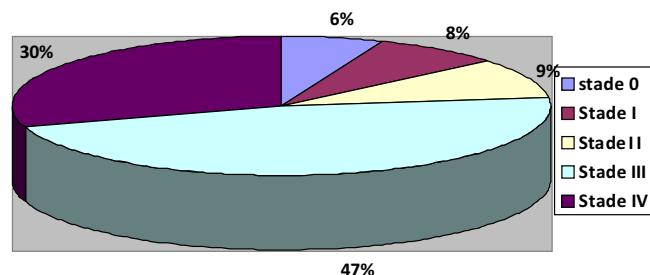
**Tableau III :** Distribution des malades selon l'obtention thérapeutique

Méthode thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
CHL seule	43	21.21
Chirurgie palliative	9	4.54
Chimiothérapie	13	6.57
Radiothérapie + chirurgie	5	2.53
Chirurgie + chimiothérapie	6	3.03
Absence thérapeutique	122	61.62
Total	198	100

### a) La chirurgie

Il a été pratiqué 53 colpohystérectomies élargies et 10 chirurgies palliatives. La chirurgie élargie a été pratiquée dans 82% des cas aux stades 0, I, II.

Il s'agit essentiellement de colpohystérectomies élargies de type Piver III. Dans 9 cas, il s'agissait d'une sous évaluation clinique ; il a été toutefois réalisé des Piver IV et V.



**Figure 2 :** Répartition des patientes ayant bénéficié d'une CHL en fonction du stade clinique

### b) Radiothérapie

Nous avons réalisé la curiethérapie post-opératoire chez 5 patientes. Cette curiethérapie c'est réalisée essentiellement en France lorsque les financiers le permettaient.

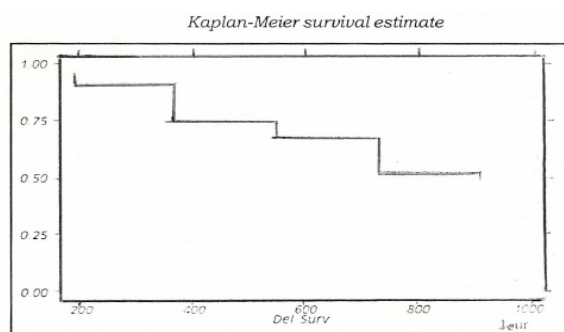
### c) Chimiothérapie

Elle a été réalisée chez 19 patientes : 13 chimiothérapies palliatives, 5 chimiothérapies adjuvantes, 1 chimiothérapie néo-adjuvante.

## 3) RESULTATS THERAPEUTIQUES

### Chirurgie

53 patientes ont bénéficié d'une chirurgie à visée carcinologique, soit 26,7% de l'effectif. Elles ont représenté des suites opératoires simples avec une durée moyenne d'hospitalisation de 8 jours. Nous avons déploré un décès post opératoire, qui situe la mortalité opératoire à 1,8%. Au plan de la morbidité, il a été observé 2 plaies urétérales traitées immédiatement.



**Figure 3 :** Courbe de survie actuarielle des patientes ayant bénéficié d'une colpohystérectomie élargie

Les suites lointaines ont été marquées par les récides centro-pelviennes. La survie sans récide tout stade confondu après la chirurgie est de : 92,31% à 6 mois, 82,31% à 1 an, 65% à 2 ans.

### La radiothérapie

Toutes les patientes ayant bénéficié d'un traitement radio-chirurgical ont eu une survie à 5 ans de 100%

### La chimiothérapie

Les résultats de la chimiothérapie ont été décevants. Le nombre moyen de cure est de deux (2).

Le coût élevé de médicaments a été le principal motif d'abandon.

## III- DISCUSSION

### 1) ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

#### Age

L'âge moyen de nos patientes est 50,74 ans. KEITA N (1) trouve un âge moyen de 48 ans en Guinée alors que KEITA S (2) trouve au Mali un âge moyen 46.6 ans. MGBAKOR (5) en Côte d'Ivoire trouve 47 ans. L'âge



moyen est 47 ans dans pays développés. Le cancer du col frappe la femme en période d'activité. Si nous tenons compte du rôle prépondérant de cette dernière dans la société africaine, on se fait une idée du drame du cancer du col.

### **Vie sexuelle**

La précocité des rapports sexuels joue un rôle prépondérant dans la genèse du cancer du col dans notre étude, 90% des patientes ont eu leur premier rapport avant 18 ans.

Selon LANSAC (3), le risque de cancer du col est multiplié par deux si les rapports ont lieu entre 15 et 17 ans. Ce risque est potentiel en Afrique où l'on rencontre une fréquence élevée de mariages précoces.

### **La parité**

Dans notre série, 21,72% sont multipares et 57,07% sont de grandes multipares. La parité moyenne est 7 selon NIANI (7) contre 8 pour KEITA (1). La multiparité et les grossesses multiples sont fréquemment mises en cause dans la genèse du cancer du col.

### **Aspect clinique**

Le motif de consultation le plus fréquent est représenté par les métrorragies qui se rencontrent dans 95% dans notre série contre 83% dans la série MGBAGOR (5) et 96% chez KEITA (1). Si ce signe d'appel pouvait motiver la consultation précoce, la prise en charge s'en trouverait améliorée de 50%. Sur le plan histologique, le carcinome épidermoïde domine avec 91,65% et 7,29% d'adenocarcinome. KEITA S (2) trouve respectivement 92% et 8%. Nous notons par ailleurs une prédominance des formes évoluées ; 60,51% des patientes ont consulté aux stades III et IV. SANGARET (9) en 1988 trouvait 46,28% au stade IV. Ces formes évoluées sont donc une constante des séries africaines alors qu'en Europe elles sont de plus en plus rares à cause du diagnostic précoce dû à une politique de dépistage à grande échelle.

### **Traitement**

Le traitement dans notre étude était principalement chirurgical lorsque celui-ci était possible. Nous avons pratiqué 53 hystérectomies élargies soit 26,76% de notre effectif. Dans la majeure partie des cas, il s'agissait d'hystérectomie élargie de type Piver III. Malgré le traitement chirurgical, le pronostic n'est guère amélioré. En effet, la survie tout stade confondu est 92,31% à 6 mois, 82,31% à 1 an et 65% à 2 ans. MOUELE (6) à l'hôpital général de Douala, après 51 cas le traitement radio chirurgical obtient un taux de survie à 2 ans de 58% ; alors que MAALEJ (4) à l'institut Salah Aziz de

Tunis où l'on dispose d'une radiothérapie externe et d'une curiethérapie trouve un taux de survie de 85% à 5 ans aux stades I et 65% pour les stades II. PIGNON (8) à Madagascar, sur une petite série traitée par curiethérapie trouve une survie à 46 mois de 70%. A l'opposé, dans les pays développés, la survie tout stade confondu est de 75% à 5 ans. Ces résultats meilleurs s'expliquent par la qualité de la prise en charge et par la découverte de la maladie au stade précoce. La radiothérapie a été pratiquée seulement chez 5 de nos patientes 2,25% de l'effectif contre 18% dans la série de MOUELE (6). Cette radiothérapie c'est faite essentiellement en France. Ainsi donc, c'est 97,40% de nos patientes qui ont été privées des bénéfices de cette thérapie par manque de moyen financier. La chimiothérapie qui devrait être notre seul arme dans les formes évoluées, se heurte au coût élevé des médicaments et par voie de conséquence à l'observance du traitement. Le coût moyen d'un cycle du protocole BOMP est 350 000 F CFA (soit 533,57 euros).

### **CONCLUSION**

L'évaluation de la prise en charge du cancer du col de l'utérus nous révèle l'immensité des problèmes liés à cette pathologie entres autres :

Le diagnostic tardif : 60,57% au stade III et IV, l'absence de radiothérapie, le coût élevé de la chimiothérapie par rapport au pouvoir d'achat des populations.

Aussi l'amélioration du devenir de ces patientes par :

- la création d'une unité de radiothérapie dans notre pays,
- une campagne de sensibilisation en vue d'améliorer le délai de diagnostic,
- la prévention par la mise en place d'une politique de dépistage qui pourrait se faire à l'inspection visuelle du col.

### **REFERENCES**

- 1- KEITA N., KOULIBALY M., IJAAZY Y., BALDE M.D., DIALLO M.S. Les cancers chez la femme en Guinée. Congrès de Yaoundé 1994, 165.
- 2- KEITA S. Aspects cliniques et thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital du point « G » Thèse n°44, 1994-1995
- 3- LANSAC J. Epidémiologie du cancer du col forme endocervicale ; Radiologie-Gynécologique, Rev. Méd. 1998, 32, 20.
- 4- MAALEJ M., BEN YOUSSEF R., DOUD J., BENNA F., NOUAOUINA N., BEN ABDALLAH M. Réflexion à propos des résultats thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans les pays en

développement (Tunisie). Bull.cancer/Radiother., 1991, 78, 133-139.

5- MGBACORG.A.M. Le cancer du col utérin en Côte d'Ivoire. Etude anatomo-clinique et épidémiologique de 166 cas. Thèse Méd. Abidjan 1976, n°93.

6- MOUELES A., ESSOMBA A., FESEU M., AMANA J. P., NGNA A. Intérêt de la radiologie dans le traitement du cancer du col utérin dans les pays en voie de développement. Méd. D'Afrique

Noire, 1994, 41, 373-378.

7- NIANI M. Les cancers génitaux de la femme Mali à propos de 32 cas. Thèse Méd. Bamako 1985-12

8- PIGNON T., RATO VONARIVOH., RAFARMINO F., RUGGIERI S. La curie thérapie dans le traitement des cancers du col utérin à Madagascar. Bull. Cancer/Radiother., 1993, 80, 118, 124.