

Dépistage de lésions précancéreuses du col de l'utérus à Libreville : état des lieux

Screening for precancerous cervical lesions in Libreville: current status

Ngou Mve Ngou JP¹, Bouassa Mayombo T¹, Ambounda N¹, Ngou Mve Ngou K¹, Dissanami F¹, Mabicka B².

1. Service de Gynécologie-Obstétrique. Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

2. Département d'Anatomie-Pathologie, Faculté de Médecine Libreville

Correspondances : Jean Pierre NGOU MVE NGOU, B.P 4847 Libreville. Email : ngoumvengou@gmail.com

Reçu : le 14 février 2021 - Accepté : le 18 août 2021 - Publié : le 3 septembre 2021

RESUME

Objectif : Évaluer le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus au service de gynécologie obstétrique du CHU de Libreville (CHUL).

Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et interventionnelle portant sur les femmes sexuellement actives venues pour le dépistage du cancer du col et ayant accepté de participer à l'étude. La saisie des textes, des tableaux et des graphiques a été faite sur le logiciel Word et Excel 2016 et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS 20.

Résultats : L'âge moyen de femmes dépistées était de 39 ans, extrêmes 15 et 84 ans. La plupart d'entre elles étaient célibataires, multigestes, paucipares et multipares, avec une activité sexuelle précoce entre 12 et 17 ans, n'utilisant aucun moyen de contraception avec des antécédents d'infection chlamydiae. Le taux de positivité globale de l'IVA et l'IVL était de 27%. L'examen colposcopique était systématique chez toutes les femmes ayant un test positif. Dans cet échantillon, les lésions précancéreuses étaient à 1,8% avec une prédominance des dysplasies de bas grade à 1,2% et le cancer du col représentait 0,5%.

Conclusion : Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est réalisable dans notre pays. Il permet de mettre en évidence des lésions de bas grade qui sont mieux traitées et sans complications majeures.

Mots clés: Dépistage organisé – lésions précancéreuses et cancéreuses – IVA – IVL – Colposcopie – Libreville – Gabon

ABSTRACT

Objective: Evaluate the pre-cancerous injuries of the cervix in obstetric gynecology at University Hospital Center of Libreville.

Method: This was a cross-cutting, descriptive and interventional study on sexually active women who were involved in the screening of cervical cancer and who agreed to participate in the study.

Results: The data are entered in the text, tables and graphs on the Word and Excel 2016 software and the data analysis was carried out on SPSS 20 software.

The average age of women screened was 39 years, extremes 15 and 84 years. Most of them were single, multigestures, pauciparous and multipares with early sexual activity between 12 and 17 years of age, using no contraception with a history of chlamydia infection. The overall rate of IVA and IVL positivity was 27%. Colposcopy examination was systematic in all women with a positive test. In this sample, the pre-cancerous injuries were 1.8% with a predominance of low-grade dysplasia to 1.2% and collar cancer accounted for 0.5%.

Conclusion: Organized cervical cancer screening is feasible in our country. It shows low-grade lesions that are better treated and without major complications.

Key words : Organized screening – pre-cancerous injuries – cancerous – IVA – IVL – Colposcopy – Libreville – Gabon

INTRODUCTION

Le cancer du col utérin est le deuxième cancer féminin après le cancer du sein et 15% des cancers de la femme. Selon l'OMS, il y avait en 2002 dans le monde plus de 500000 nouveaux cas/an, dont plus de 90% dans les pays en développement [1].

En Afrique subsaharienne, 72000 nouveaux cas ont été enregistrés la même année et 56000 femmes sont mortes des suites du cancer du col de l'utérus [2].

En dépit de l'importance que le cancer du col utérin a dans le domaine de la santé publique, il n'existe pas de programme de prévention du cancer cervical dans la plupart des pays en développement [2].

La concurrence entre les priorités de santé publique et les investissements financiers nécessaires à une mise en place d'un programme de cytologie exclut la possibilité d'un dépistage se basant sur la cytologie dans les nombreux pays à risque élevé disposant de faibles ressources.

Au Gabon, la mise en place depuis janvier 2014 d'un programme de dépistage des cancers du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle a permis de déterminer la prévalence de lésions précancéreuses à 2,5% [3].

L'objectif de ce travail est de faire le point sur le dépistage de lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus dans notre service.

PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et interventionnelle réalisée chez les participantes durant la période de février 2014 à décembre 2017.

Nous avons inclus toutes les femmes sexuellement actives ayant bénéficié du dépistage des lésions précancéreuses du cancer du col et ayant accepté de participer à l'étude.

Nous avons exclu les femmes traitées pour un cancer du col de l'utérus, les femmes enceintes et celles ayant un antécédent d'une hystérectomie totale.

Il s'agissait d'une collecte systématique de toutes les femmes dépistées au centre de référence pour les cancers féminins du CHUL vues pendant la période.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire, du registre et de fiches d'anatomie pathologique. Les variables suivantes ont été étudiées : les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, les facteurs de risque, les données de l'inspection visuelle à l'acide acétique et l'inspection visuelle au lugol, les impressions de la colposcopie et les résultats de l'analyse cytohistologique lorsqu'une biopsie était effectuée.

L'étude a été menée conformément au guide des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) et à la réglementation du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Toutes les femmes admises à participer au programme l'ont été après l'obtention de leur consentement éclairé et avis favorable du comité d'éthique. Après l'interrogatoire qui permettait d'obtenir les données socio-démographiques et les antécédents gynéco-obstétricaux, chaque femme a bénéficié d'un dépistage. Ce dépistage consistait à

réaliser successivement un examen au spéculum au cours duquel sont pratiqués les tests IVA et IVL permettant le dépistage, et les résultats histologiques de la pièce ont été ramenés par elles-mêmes afin d'élaborer un schéma thérapeutique et le suivi. La saisie des textes, des tableaux et des graphiques a été faite sur le logiciel Word et Excel 2016 et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS 20.

RESULTATS

L'âge moyen des femmes dépistées était de 39 ans, extrêmes de 15 et 84 ans. Les femmes de 25-34 ans représentaient 35,6% de la population. Les femmes ménopausées ont représenté 16,5% et les non ménopausées 73,6%. Cependant, 9,9% des femmes avaient un statut hormonal non précisé.

L'âge au premier rapport sexuel était de 0,5% chez les participantes de moins de 12 ans, de 73,4% chez les 12-17 ans, 22,2% chez les 18-23 ans, 1,2% chez les 24-29 ans, 0,3% chez les 30-34 ans, et 2,4% des participantes n'avaient pas précisé. L'infection à chlamydiae et HIV représentaient respectivement 47,2% et 0,5% des femmes.

Cependant, 52,3% ignoraient avoir une infection sexuellement transmissible.

Les femmes dépistées ne fumaient pas dans 96,1%, seules 2% fumaient. La consommation du tabac n'était pas précisée dans 1,9% des participantes. Sur 4781 participantes, 3530 n'avaient jamais été dépistées du cancer du col de l'utérus, soit 73,8%. Dans cette étude, 98% des femmes présentaient un col non pathologique à l'examen sans préparation et 2% présentaient un col pathologique.

Les femmes qui avaient un test positif à l'IVA et à l'IVL représentaient respectivement 26 et 27%. Le taux de positivité global dans les deux tests IVA-IVL était de 27%. Dans cette étude, 26% des femmes avaient des transformations atypiques grade 1 et 1% avaient des transformations atypiques grade 2.

Tableau I : Diagnostic histologique

Résultats	Histologiques	Effectifs	%
États précancéreux	CIN1	58	1,2
	CIN2	14	0,3
	CIN3	9	0,2
	CIS	4	0,1
Cancers du col utérin	Cancers épidermoïdes	26	0,5
	Métastases ovariennes	1	0
Dystrophie	Polype et ectropion	60	3
Col normal (sp/IVA)		3465	72,4
TAG1 surveillées		1144	24
Total		4781	100

La colposcopie n'était pas satisfaisante chez 5 participantes et normale dans 73%. Dans cette étude, la résection à l'anse diathermique a été réalisée chez 141 femmes, soit 10,9%. Une biopsie à pince a été réalisée chez 31 femmes, soit 2,4% et les mêmes ont été référées à l'institut de cancérologie de Libreville

au CHU d'Angondjé après résultats. Les TAG1 et TAG2 surveillées dans 86,7% ont régressé.

Tableau II : Prise en charge des impressions colposcopiques atypiques

Conduite pratique	Effectifs	%
RAD	141	10,9
Biopsie à la pince		
(Référées (CHUA/ICL,RCP)	31	2,4
Surveillance TAG1 et 2	1119	86,7
Total	1291	100

DISCUSSION

Cette étude nous a permis de faire le point sur la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

L'âge du début du dépistage fait l'objet de nombreux débats chez les professionnels effectuant le dépistage du cancer du col.

Au niveau mondial, il n'existe pas de consensus concernant l'âge du début du dépistage, 21 ans (ou un an après les premiers rapports) aux États-Unis et en Suisse [4], 25 ans en Angleterre, en France et selon l'OMS [4]. D'après Antilla [5], l'âge du dépistage se situe entre 25 et 30 ans dans la plupart des pays européens. En effet, le cancer du col utérin a pour origine une infection sexuellement transmissible à HPV oncogène, de ce fait, toute femme ayant déjà eu des rapports sexuels devrait bénéficier d'un dépistage régulier comme le rapporte Mergui [6].

Dans notre étude, l'âge moyen était 39 ans. Adefuye PO en 2015 au Nigéria [7] et Murillo R en 2010 en Colombie [8], qui trouvaient respectivement $39 \pm 10,5$ ans ; $40 \pm 1,8$ ans ; 39 ans ; 37,56 ans ; 39,2 ans ; $40,24 \pm 10,33$ ans et $39,2 \pm 9,05$ ans. Ces résultats diffèrent de ceux rapportés dans plusieurs études en Afrique [7,9].

La majorité de la population d'étude était des femmes célibataires. Pour ce qui est du statut hormonal, les femmes non ménopausées étaient majoritaires. Ce résultat s'explique par le fait que l'âge de début de dépistage au Gabon est de 25 ans. L'absence d'un moyen contraceptif se retrouve chez la majorité des participantes. Ces résultats diffèrent de ceux rapportés par Roset [10]. La majorité des femmes dépistées ont un âge du 1^{er} rapport sexuel entre 12 et 17 ans. Cette tranche d'âge correspond aux données de la littérature qui selon l'enquête du Baromètre Santé de l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé en 2010, l'âge médiane au premier rapport sexuel, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des adolescents a déjà eu une relation sexuelle, est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles chez les 18-24 ans comme le montre Saslow [11]. Ce résultat marque la précocité de rapport sexuel dans nos contrées. Ces participantes avaient un risque multiplié par deux selon Shiffman [12]. Les rapports sexuels non protégés augmentent le risque

de l'infection au VIH qui est un cofacteur du cancer du col de l'utérus, comme le rapporte Body [13]. Cette tendance est retrouvée dans l'étude de Ferlay [14]. Le test d'IVL était positif chez 27% des participantes. L'analyse cytohistologique a permis de déterminer la prévalence des lésions précancéreuses à 1,8% avec une prédominance des CNI1, CIN2, CIN3 et de carcinome in situ. Ces résultats sont comparables des autres séries de la culture. Pour ce qui est du traitement, la résection à l'anse a été la technique la plus utilisée. Cette méthode est retrouvée dans d'autres études [15,16].

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît que le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au CHUL est mieux accepté. Il permet de mettre en évidence des lésions de bas grade qui sont mieux traitées et sans complication. Le rapport sexuel précoce était fréquemment retrouvé. L'effort devrait être porté sur le dépistage de ces populations jeunes à risque qui échappent bien souvent au dépistage de masse. Toutefois, le suivi et la prise en charge précoce des patientes sont le résultat d'un dépistage bien conduit.

RÉFÉRENCES

1. **Dargent D.** Évaluation et traitement des cancers du col. La revue du praticien 2001 ; 51 13 : 132-36.
2. **Sankara Narayana R, Black R.J, Parkin DM.** Cancer survival in developing countries. IARC. Scientific Publications N°145. International Agency for research on cancer. Lyon 1998.
3. **Twalib N, Muwonge R, Mwaiselage J, Kawegere J, Pendo B, Sankara Narayana R.** Evaluation of cervical visual inspection screening in Dar es Salaam, Tanzania. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2010 ; 109 : 100-4.
4. **Sankara Narayana R, Ramani MDS, Wesly MD.** Guide pratique pour le dépistage Visual des néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France. 2004.
5. **Antilla A, Von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M.** Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. Oct 2009; 45 15: 2649-58.
6. **Mergui JL, Motto C, Nougair de M.** Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus. J Gynecol Obstet et biol reprod 1999 ; 28 4 : 3111-8.
7. **Adefuye PO, Olukayode AD, Bolande OA, Shorunmu TO, Babatunde OA.** Feasibility, acceptability and effectiveness of visual inspection of the cervix with acetic acid and cryotherapy for dysplasia in Nigeria, international journal of Gynecology and Obstetrics 2015; 129:62-6.
8. **Murillo R, Luna J, Gamboa O, Osorio E, Bonilla J, Cendales R.** Cervical cancer screening with naked-eye visual inspection in Colombia, international journal of Gynecology and Obstetrics 2010; 109: 230-4.

- 9. Adefuye A, Sales K.** Regulation of inflammatory pathways in cancer and infectious disease of the cervix. *Scientifica (Cairo)*.2012; 2012: 548150.
- 10. Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P, Chow SN, Apter D.** Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. *Gynecol Oncol*. Dec 2012; 127 3: 440-50.
- 11. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J.** American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin*. June 2012; 62 3: 147-72.
- 12. Schiffman MH, Haley NJ, Felton JS, Andrews AW, Kaslow RA, Lancaster WD.** Biochemical epidemiology of cervical neoplasia: measuring cigarette smoke constituents in the cervix. *Cancer Res* 1987; 47 14: 3886-8.
- 13. Body G, Descamps, ph.Lansac J.Fetissof F.Fignon A.Jourdan M, L.Sam Giao M.** Néoplasie intra épithéliale du col. Editions techniques, *Encycl. Med. Chir. (Paris-France)*. Gynecology.597-A-10. *Cancérologie*.60-200-A.1993.29P.
- 14. Ferlay J. GloBocan 2002.** Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base N°5, version 2.0; Lyon: IARC Press; 2004.
- 15. Baldauf JJ, Drefus M, Ritter J, Philippe E.** An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of coposcopically directed biopsy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:468-73
- 16. Boulanger JC, Gondryj, Verhoest P.** Colposcopie. Elsevier Masson; SAS 2011.