

Profil anatomo-clinique et prise en charge des lésions dysplasiques et du cancer du col utérin au Sud-Kivu (octobre 2012 – janvier 2013) : à propos de 170 cas.

Olivier N.N^{1,2,6}, Parvine Basimane P^{3,4,6}, Lisa P⁶, Joyeux Bwami¹, Mukwege D.M^{1,2,6}, Kakudji L.⁷, Kalenga M.K⁷, Tambwe A.M⁷, Kakoma SZB⁷.

¹Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Général de Référence de Panzi

²Département de Gynécologie et Obstétrique, Université Evangélique en Afrique (UEA)

³Département de Médecine Interne, Université Evangélique en Afrique (UEA)

⁴Service des maladies infectieuses, Hôpital Général de Référence de Panzi

⁵Service d'anesthésie et réanimation, Hôpital Général de Référence de Panzi

⁶International center Advanced for Research and Training (ICART)

⁷Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi

Correspondant : Dr. Nyakio Ngeleza Olivier, oliviernyakio@yahoo.fr Tél. : +243 997 817 834

Résumé

Introduction : Le traitement du cancer du col utérin représente dans les pays en voie de développement un véritable problème de santé publique du fait du retard dans le diagnostic suite à la consultation au stade avancé de la maladie où le traitement est palliatif. L'objectif de cette étude est de déterminer le profil clinique, anatomo-pathologique et le traitement des lésions dysplasiques et du cancer du col utérin au Sud-Kivu, RD Congo.

Méthodologie : étude descriptive et analytique menée dans les services de gynécologie et d'anatomo-pathologie de l'hôpital général de Panzi durant une période de 4 mois incluant 170 participantes dont l'âge moyen était de $40 \pm 12,067$ ans avec les extrêmes de 18 et 74 ans. Après un examen à l'IVA/IVL, un frottis cervical et une biopsie ont été faits chez tout cas positif et suspect. En cas de confirmation histopathologique, un traitement soit par cryothérapie, soit par conisation ou hystérectomie était fait selon les cas. Les tests de X² de Pearson et exact de Fisher ainsi que le calcul de l'OR ($\pm$ IC à 95 %) étaient utilisés, le seuil de signification étant fixé à $p < 0,05$.

Résultats : 33 cas (19,4%) d'IVA/IVL positive dont 15,15% de carcinome épidermoïde infiltrant, 20 % de lésions CIN2-3 et 63,33 % de lésions atypiques ont été trouvés. Les pertes vaginales abondantes (23,17%) multiplient le risque d'IVA/IVL positive par 1,6, les douleurs pelviennes (20 %) par 1,2 ; les saignements de contact (25%) par 1,4 ; la présence d'une zone de jonction visible (22,79%) par 4,7 ; des œufs de Naboth (43,18%) par 6,1 ; la leucoplasie (37,04%) par 4,7 ; le saignement des muqueuses lors de l'examen (56,41%) par 14,1 et un examen douloureux (46,43%) par 5,3. 21 % des cas ont subi une cryothérapie, 24% une conisation, 3% une colpo-hystérectomie totale, 12% des soins palliatifs et dans 40% des cas, un rendez-vous était donné pour le contrôle.

Conclusion : Ces résultats de dépistage clinique reposant sur la colposcopie couplée à l'histologie ont mis en évidence une fréquence élevée d'IVA/IVL positive traduisant une fréquence tout aussi élevée de lésions précancéreuses et cancéreuses sur un échantillon minime de 170 femmes, qui pourrait n'être que la partie visible d'un iceberg. 40 % de ces lésions ont immédiatement été prises en charge

Mots-clés : IVA/IVL, histologie, cancer du col, prise en charge, Sud-Kivu

Abstract

Introduction: Treatment of cervical cancer in developing countries represents a real public health problem due to the delay in diagnosis following consultation in the advanced stage of the disease where treatment is palliative. The objective of this study is to determine the clinical profile, pathology and treatment of dysplastic lesions and cervical cancer in South Kivu, DR Congo.

Methods: Descriptive and analytical study conducted in the gynecological and pathological anatomy departments of Panzi General Hospital over a 4-month period, including 170 participants with an average age of 40 ± 12.067 years with the extremes of 18 and 74 years old. After an VIA/VIL examination, a cervical smear and biopsy were performed in any positive and suspect cases. In the case of histopathological confirmation, treatment was either by cryotherapy or by conisation or hysterectomy. Pearson's X² and Fisher's exact tests as well as the OR calculation (95% CI) were used, the significance level being set at $p < 0.05$.

Results: 33 cases (19.4%) of positive VIA / VIL including 15.15% infiltrating squamous cell carcinoma, 20% CIN2-3 lesions and 63.33% atypical lesions were found. Abnormal vaginal discharge (23.17%) increases the risk of VIA / VIL positive by 1.6, pelvic pain (20%) by 1.2; Contact bleeding (25%) by 1.4; The presence of a visible junction zone (22.79%) by 4.7; Of the eggs of Naboth (43.18%) by 6.1; Leukoplakia (37.04%) by 4.7; Mucosal bleeding during the examination (56.41%) by 14.1 and a painful examination (46.43%) by 5.3. 21% had cryotherapy, 24% had conisation, 3% had total hip colostomy, 12% had palliative care, and 40% had an appointment for control.

Conclusion: Clinical screening results based on histology-coupled colposcopy demonstrated a high incidence of positive IVA / IVL, reflecting an equally high incidence of precancerous and cancerous lesions on a minimal sample of 170 women, Be only the visible part of an iceberg. 40% of these lesions were immediately treated

Keywords: VIA/ VIL, histology, cervical cancer, management, South Kivu

Introduction

La prise en charge du cancer du col utérin représente jusqu'aujourd'hui dans les pays en voie de développement un véritable problème de santé publique du fait que la plupart des malades consultent à un stade avancé où la prise en charge ne devient que palliative (1). Il apparaît donc comme une priorité en matière de santé publique. En effet, comme ce cancer du col de l'utérus met plusieurs dizaines d'années à se développer d'abord par apparition de lésions précurseuses curables, qui en font un candidat idéal pour le dépistage, il est le seul cancer gynécologique évitable par un dépistage régulier (1). Une prise en charge précoce des lésions dysplasiques par des techniques conservatrices (cryothérapie, conisation, leep,...) préviendrait la

survenue du cancer proprement dit et améliorerait le pronostic des patientes.

En Afrique, l'incidence a augmenté de 80 419 cas en 2008 à 99.038 cas en 2012 avec 57400 décès. Cependant, ces statistiques peuvent être largement sous-estimées parce que seulement 8% de la population en Afrique sub-saharienne sont couverts par les registres du cancer (2, 3). En République Démocratique du Congo (RDC), on note que le programme de prise en charge du cancer du col utérin existe mais n'est pas opérationnel. Quelques publications sur des données cliniques et anatomo - pathologiques démontrent que le cancer du col est le plus fréquent des cancers gynécologiques (1). On constate l'absence de données dans plusieurs

provinces de la RDC notamment celle du Sud-Kivu. Toutefois, des études faites en RDC ont montré : 30,2% d'IVA positive (4), 38% des cas positifs à l'inspection visuelle chez 229 femmes (5), 9% des cas positifs au test de Papanicolaou et 31,3% d'IVA positive chez les femmes VIH+ (6). Une autre étude menée à l'hôpital Sendwe à Lubumbashi a montré la présence du cancer du col au stade terminal chez 40 patientes hospitalisées (7). Ce travail a pour objectif de déterminer le profil clinique et anatomo-pathologique ainsi que la prise en charge des lésions dysplasiques et du cancer du col utérin après une campagne de sensibilisation dans la Province du Sud – Kivu en RD Congo.

Méthodologie

C'était une étude pilote, transversale descriptive et analytique menée dans les services de gynécologie et d'anatomo-pathologie de l'hôpital général de Panzi (Province du Sud – Kivu, RD Congo) durant une période de 4 mois allant du 1^{er} octobre 2012 au 31 janvier 2013.

Echantillonnage

Nous avons utilisé une technique exhaustive avec la méthode de tout venant incluant toutes les femmes et filles se présentant dans la salle de dépistage après avoir été sensibilisées par un personnel médical ou ayant suivi un communiqué pendant la période d'étude prévue. Au total 170 participantes ont été enregistrées dont

l'âge moyen était de $40 \pm 12,067$ ans avec les extrêmes de 18 et 74 ans.

Techniques de collecte des données

Un questionnaire comportant les données sociodémographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux ainsi que les plaintes actuelles était soumis aux participantes. L'étape suivante consistait à faire l'examen gynécologique à l'aide d'un spéculum et d'une source lumineuse, en faisant d'abord l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA/IVL), puis à l'aide d'un colposcope ; un frottis cervical et une biopsie ont été prélevés chez tout cas positif et suspect. En cas de confirmation histopathologique, un traitement par cryothérapie, conisation ou hystérectomie était fait selon les cas. Tous les cas étaient consignés dans un registre comportant l'identification des patientes.

Traitement et analyse des données

Toutes les fiches d'enquête comportant le code et les éléments de dépistage ainsi que le registre ont servi pour l'entrée des données dans la base électronique sous forme de fichier Excel et leur analyse à l'aide du logiciel SPSS. Les tests de chi-2 et exact de Fisher ont été utilisés selon les effectifs. La mesure d'association par odds ratio (OR) a été calculée avec un risque alpha de 0,5% et un intervalle de confiance à 95%, le seuil de signification étant fixé à $p < 0,05$. Les considérations éthiques ont été prises en compte avec avis favorable du comité d'éthique local.

Résultats

Aspect du col à l'inspection visuelle

Tableau I. Aspect du col utérin à l'inspection visuelle (VIA)

IVA/IVL	Effectifs	Pourcentage (%)	IC à 95%
Négatif	137	80,6	13,5 – 25,4
Positif	33	19,4	
Total	170	100,0	

L'inspection visuelle a révélé une fréquence de 19,4 % (IC à 95% : 13,5 -25,4) des cas positifs après badigeonnage du col à l'acide acétique et au lugol.

Symptômes cliniques et IVA/IVL

Tableau II. Symptômes cliniques et IVA/IVL

Symptômes		IVA/IVL-	IVA/IVL+	Total	p	OR(IC à 95%)
Pertes vaginales abondantes	Non	74(54, 01%)	14(42, 42%)	88(51, 76%)	0,232	1,6(0,74-3,43)
	Oui	63(45, 99%)	19(57, 68%)	82(48, 23%)		
Prurit vulvaire	Non	75(54, 74%)	20(60, 60%)	95(55, 88%)	0,543	0,8(0,36-1,71)
	Oui	62(45, 26%)	13(39, 49%)	75(44, 11%)		
Ulcération génitale	Non	114(83, 21%)	30(90, 91%)	144(84, 70%)	0,922	0,5(0,14-1,76)
	Oui	23(16, 79%)	3(9, 09%)	26(15, 29%)		
Douleurs pelviennes	Non	46(33, 58%)	10(30, 30%)	56(32, 94%)	0,719	1,2(0,51-2,65)
	Oui	91(66, 42%)	23(69, 70%)	114(67, 05%)		
Dyspareunie	Non	64(46, 72%)	22(66, 67%)	86(50, 58%)	0,039	0,4(0,20-0,97)
	Oui	73(53, 28%)	11(33, 33%)	84(49, 41%)		
Saignement de contact	Non	128(93, 43%)	30(90, 91%)	158(92, 94%)	0,422	1,4(0,36-5,57)
	Oui	9(6, 57%)	3(9, 09%)	12(7, 05%)		
Métrorragie inter menstruelle	Non	120(87, 59%)	24(72, 73%)	144(84, 70%)	0,033	2,6(1,06-6,64)
	Oui	17(12, 41%)	9(27, 27%)	26(15, 29%)		
Douleurs lombaires	Non	30(21, 90%)	9(27, 27%)	39(22, 94%)	0,5097	0,7(0,31-1,78)
	Oui	107(78, 19%)	24(72, 73%)	131(77, 05%)		

Les participantes avec pertes vaginales abondantes ont représenté la majorité (57,68%) des cas d' IVA/IVL+ et leur taux de positivité était plus élevé que celui de leurs homologues sans pertes vaginales (19/84=23,17% contre 14/88=15,91%) sans que la différence soit significative (OR=1,6 : IC 95% (0,7-3,4) ; p = 0,232). Il en était de même pour les participantes présentant des douleurs pelviennes ; elles ont représenté 69,70 % des cas d'IVA/IVL+ avec un taux de positivité plus élevé que celui observé chez celles sans douleurs pelviennes (23/114=20,18% contre 10/56=17,86%) sans que la différence soit significative (OR=1,2 : IC 95% (0,51-2,65) ; p = 0,719).

Les participantes ne se plaignant pas de prurit vulvaire (60,60 %), ulcération génitale (90,91 %) et dyspareunie (66,67 %) ont représenté la

majorité des cas d'IVA/IVL+ en même temps leurs taux de positivité à l'IVA / IVL étaient relativement supérieurs à ceux de leurs homologues présentant ces symptômes et signes cliniques, la différence étant significative pour la dyspareunie (22/86 = 25,58 % contre 11/84 = 13, 10% ; OR = 0,4 : IC95 % (0,20-0,97) ; p = 0,039) et non significative pour le prurit vulvaire (20/95 = 20, 21 % contre 13/75 = 17,33% ; OR = 0,8 : IC95% (0,36-1,71) ; p = 0,543) et l'ulcération génitale (30/144 = 20,83 % contre 3/26 = 11,54% ; OR = 0,5 : IC 95% (0,14-1,76) ; p = 0,922). Ainsi, les participantes ne souffrant pas de dyspareunie avaient plus de risque d'avoir une IVA/IVL+ que celles qui en souffraient. Par contre, les participantes sans saignement de contact ont représenté la majorité (90,91%) des cas d' IVA/IVL+, mais le taux de positivité était relativement plus élevé chez celles présentant un saignement de contact sans

que la différence soit significative (3/12=25% contre 30/158=18,99% ; OR=1,4 IC 95% (0,36-5,57) ; p = 0,422). De même, les participantes sans métrorragie intermenstruelle ont aussi représenté la majorité (72,73%) des cas d'IVA/IVL+, mais le taux de positivité était significativement plus élevé chez les participantes avec métrorragie intermenstruelle, qui ont présenté près de 3 fois plus de risque que les autres (9/26=34,62% contre

24/144=16,67% ; OR=2,6 : IC95% (1,06-6,64) ; p = 0,033). Quant aux participantes se plaignant des douleurs lombaires, elles ont représenté la majorité (72,73 %) des cas d'IVA / IVL+, mais avaient un taux de positivité inférieur à celui retrouvé chez leurs homologues sans douleurs lombaires (24/131 = 18,32 % contre 9/39 = 23,08 % ; OR = 0,7 : IC 95 % (0,31-1,78) ; p = 0,510), la différence n'ayant pas été significative (tableau II).

Signes physiques et IVA/IVL

Tableau III(a). Signes physiques et IVA/IVL

Signes physiques		IVA/IVL-	IVA/IVL+	Total	p	OR(IC à 95%)
Jonction visible	Non	32(23, 36%)	2(6, 06%)	34(20, 00%)	0,017	4,7(1,07-20,83)
	Oui	105(76, 6%)	31(93, 94%)	136(80, 00%)		
Polype Cervical	Non	129(94, 1%)	30(90, 91%)	159(93, 52%)	0,362	1,6(0,40-6,44)
	Oui	8(5, 84%)	3(9, 09%)	11(6, 47%)		
Oeufs de Naboth	Non	112(81, 7%)	14(42, 42%)	126(74, 11%)	<,0001	6,1(2,69-13,74)
	Oui	25(18, 25%)	19(57, 58%)	44(25, 88%)		
Cervicites	Non	118(86, 1%)	29(87, 88%)	147(86, 47%)	0,696	0,9(0,27-2,71)
	Oui	19(13, 87%)	4(12, 12%)	23(13, 52%)		
Leucoplasie	Non	103(75, 1%)	13(39, 39%)	116(68, 23%)	<,0001	4,7(2,09-10,36)
	Oui	34(24, 82%)	20(60, 61%)	54(31, 76%)		
Condylome	Non	137(100%)	32(96,97%)	168(99,41)	0,0410	-
	Oui	0(0, 00%)	1(3, 03%)	1(100%)		
Tumeur visible	Non	137(100%)	28(84, 84%)	165(97, 05%)	0,0002	-
	Oui	0(0, 00%)	5(15, 15%)	5(100%)		

Les participantes avec une jonction visible ont représenté 93,94 % des cas d'IVA/IVL+ avec un taux de positivité significativement plus élevé et près de 5 fois plus de risque que celui de leurs homologues dont la jonction n'était pas visible (31/136=22,79% contre 2/34=5,88% ; OR= 4,7 : IC 95% (1,07-20,83) ; p = 0,017). La présence des œufs de Naboth était plus retrouvée chez les

femmes avec IVA/IVL+ (57,58 %), leur taux de positivité à l'IVA/IVL étant significativement plus élevé avec 6 fois plus de risque que celles qui n'en avaient pas (19/44=43,18% contre 14/126=11,11% ; OR = 6,1 : IC 95% (2,69-13,74) ; p = <0,0001). Il en était de même pour la présence de leucoplasie qui était elle aussi plus retrouvée chez les femmes présentant

une IVA/IVL+ (60,61 %), avec un taux de positivité significativement plus élevé et près de 5 fois plus de risque que l'absence de leucoplasie (20/54=37,04% contre 13/116=11,21% ; OR=4,7 : IC 95% (2,09-10,36) ; $p < 0,0001$). Les participantes avec polype cervical (9,09%), cervicite (12,12%) et condylome (3,03%) étaient moins représentées parmi les cas d'IVA/IVL+. Cependant, le taux de positivité était plus élevé en présence de polype cervical (3/11 = 27,27% contre 30/159 = 18,87 %) et en

absence de cervicite (29/147 = 29,73% contre 4/23 = 17,39%), la différence n'étant pas significative. Par contre, le test était positif pour le seul cas de condylome ($p = 0,041$). De même, les tumeurs visibles, qui ont représenté 15,15 % des cas d'IVA/IVL+, ont présenté un test positif dans tous les cas (5/5=100% contre 28/165=16,97% ; $p = 0,0002$) par rapport à toutes les autres lésions prises ensemble (tableau IIIa).

Tableau III (b). Signes physiques et IVA/IVL

Signes		IVA/IVL-	IVA/IVL+	Total	p	OR (IC à 95%)
Saignement des muqueuses	Non	120(87, 5%)	11(33, 33%)	131(77, 05%)	<,0001	14,1(5,83-34,18)
	Oui	17(12, 41%)	22(66, 67%)	39(22, 94%)		
Ecoulement clair	Non	110(80, 2%)	29(87, 88%)	139(81, 76%)	0,901	0,6(0,18-1,73)
	Oui	27(19, 71%)	4(12, 12%)	31(18, 23%)		
Ecoulement opaque	Non	131(95, 6%)	28(84, 85%)	159(93, 52%)	0,024	3,9(1,11-13,68)
	Oui	6(4, 38%)	5(15, 15%)	11(6, 47%)		
Ecoulement jaunâtre	Non	124(90, 5%)	28(84, 85%)	152(89, 41%)	0,343	1,7(0,56-5,17)
	Oui	13(9, 49%)	5(15, 15%)	18(10, 58%)		
Examen douloureux	Non	122(89, 0%)	20(60, 61%)	142(83, 52%)	<,0001	5,3(2,19-12,75)
	Oui	15(10, 95%)	13(39, 39%)	28(16, 47%)		

Les femmes avec saignement des muqueuses lors de l'examen avaient représenté la majorité (66,67%) des cas d'IVA/IVL+ avec un taux de positivité très significativement plus élevé et 14 fois plus de risque que les femmes n'ayant pas présenté ce type de saignement (22/39=56,41% contre 11/131=8,40% ; OR=14,1 : IC 95% (5,83-34,18) ; $p < 0,0001$). En ce qui concerne les autres types d'écoulement, la majorité des cas d'IVA/IVL+ n'avaient pas d'écoulement clair (87,88%), opaque (84,85%) ou jaunâtre (84,85%). Les participantes avec un écoulement clair avaient un taux de positivité inférieur à celui de toutes les

autres participantes, mais sans différence significative (4/31 = 12,91 % contre 29/139 = 20,86% ; OR = 0,6 : IC 95% (0,18-1,73) ; $p = 0,901$).

Par contre, celles qui avaient présenté un écoulement jaunâtre ou opaque avaient un taux de positivité plus élevé que celui de toutes les autres participantes avec une différence significative uniquement en cas d'écoulement opaque avec un risque d'environ 4 fois plus élevé (respectivement : 5/18 = 27,78% contre 28/152 = 18,42% ; OR = 1,7 : IC95% (0,56-5,17) ; $p = 0,343$; et 5/11 = 45,46% contre 28/159 = 17,61% ; OR = 3,9 : IC95% (1,11-

13,68) ; $p = 0,024$). Par ailleurs, l'examen n'était pas douloureux pour la plupart (60,61%) des cas d'IVA/IVL+ ; cependant, le taux de positivité était plus élevé chez les participantes dont l'examen était douloureux que chez toutes les autres

(13/28 = 46,43% contre 20/142 = 14,08% ; OR = 5,3 : IC 95% (2,19-12,75) ; $p < 0,0001$), la différence étant très statistiquement significative et le risque d'avoir une IVA/IVL+ 5 fois plus élevé (tableau IIb).

Analyse anatomo-pathologique

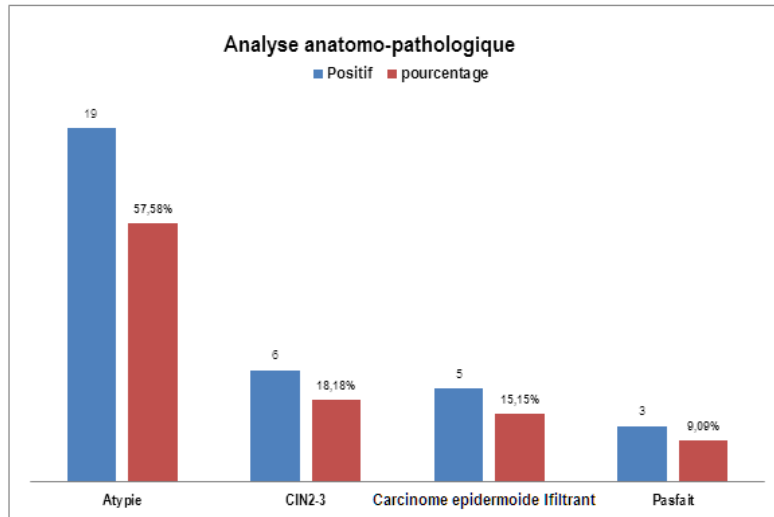


Figure1. Résultats de l'analyse anatomo-pathologique

L'analyse anatomo-pathologique réalisée pour 30 cas a ramené les résultats suivants : lésions atypiques (57,58%), lésions de CIN2-3 (18,18%) et Carcinome épidermoïde infiltrant (15,15%). 3 cas ont été perdus de vue.

Prise en charge des cas pathologiques

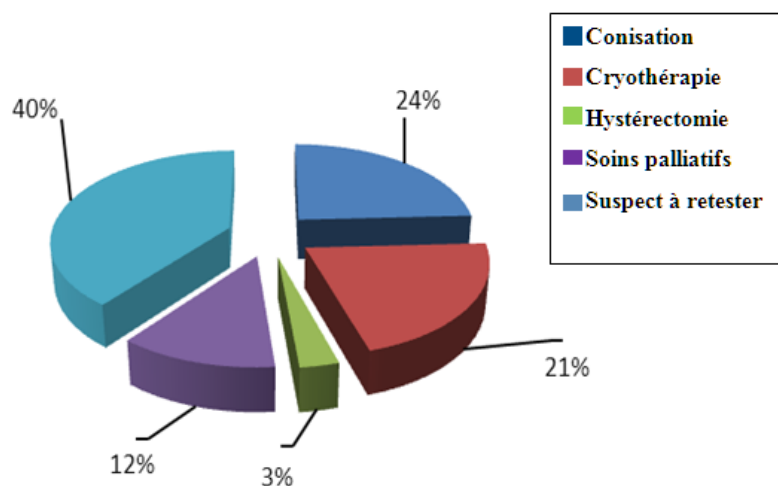


Figure 2. Prise en charge clinique des 33 cas positifs à l'inspection visuelle.

Sur un ensemble de 33 cas pathologiques pris en charge, les interventions suivantes ont été réalisées : conisation (8/33=24%), cryothérapie (7/33=21%), hystérectomie totale (1/33=3%) et soins palliatifs (4/33=12%). Dans 40% (13/33) des cas, un rendez-vous était donné pour le contrôle.

Discussion

Dans cette étude pilote de 170 cas dépistés entre octobre 2012 et janvier 2013, l'âge moyen des participantes était de $40 \pm 12,067$ ans avec les âges extrêmes variant entre 18 et 74 ans. Les résultats ont montré les fréquences suivantes : 19,4% (IC à 95% : 13,5 - 25,4 %) des cas positifs à l'IVA associant le test au lugol, 15,15% pour le cancer du col utérin parmi les cas positifs et dans l'ensemble, 2,94 % (IC à 95% : 0,4 - 5,5%) pour le cancer invasif. En considérant les 30 colposcopies et frottis cervico-vaginaux avec analyse anatomo-histologique faite, il y a eu 63,33 % de lésions atypiques, 20 % de lésions précancéreuses au stade CIN2-3 et 15,15% de lésions au stade de carcinome épidermoïde infiltrant. Ces résultats sont très alarmants étant donné que ces lésions atypiques ainsi que les lésions dysplasiques (CIN2-3) représentent 83,33% des cas positifs à l'IVA/IVL, ce qui signifie qu'environ 8 femmes sur 10 avec IVA/IVL positive ont présenté des lésions dysplasiques avec risque de développer un cancer du col utérin à la longue et qu'environ 2 femmes sur 10 avec IVA/IVL positive ont présenté un carcinome épidermoïde infiltrant. Ces résultats ont mis en évidence une association entre certains symptômes qu'avaient présentés les participantes et le test à l'IVA/IVL. Notamment, la présence des pertes vaginales abondantes qui multiplie le risque d'avoir une IVA/IVL positive par 1,6 avec un taux de positivité élevé (23,17%), la présence des douleurs pelviennes qui multiplie le risque d'IVA/IVL + par 1,2 avec un taux de positivité élevé (20,%). En présence des saignements de contact, le risque est 1,4 fois plus élevé avec un taux de positivité élevé (25%).

À l'examen physique, une association entre les signes physiques et le test IVA/IVL+ a été mise en évidence chez les participantes avec : une zone de jonction visible (22,79% ; avec un risque 4,7 fois plus élevé et une différence significative, $p=0,017$),

des œufs de Naboth (43,18% ; avec un risque 6,1 fois plus élevé, la différence étant très hautement significative : $p < 0,0001$), une leucoplasie (37,04% ; avec un risque 4,7 fois plus élevé et une différence très hautement significative : $p < 0,0001$), un saignement des muqueuses lors de l'examen (56,41% ; avec un risque 14,1 fois plus élevé et une différence très hautement significative : $p < 0,0001$) et un examen douloureux (46,43% ; avec un risque 5,3 fois plus élevé et une différence très hautement significative $p < 0,0001$). Le seul cas de condylome et les 5 cas de tumeurs visibles étaient positifs à l'IVA/IVL avec une différence respectivement significative ($p = 0,041$) et très hautement significative ($p = 0,0002$).

Une cryothérapie était faite dans 21 % des cas, une conisation dans 24% des cas et une colpo-hystérectomie totale chez 3% des participantes, tandis que 12% avaient bénéficié des soins palliatifs et dans 40% des cas, un rendez-vous était donné pour le contrôle (principalement pour les lésions atypiques). L'OMS avait révélé qu'une incidence annuelle de 3839 cas de cancer du col avec un taux de mortalité de 72 % sur des données de 2008 avaient été rapportés en RD Congo et qu'une prévalence de 10,1% des cas positifs à l'inspection visuelle avec 1,7% de cancer du col utérin avait été observée dans un échantillon de 19 000 femmes d'âge compris entre 30 et 50 ans dépistées dans six pays africains (8). En RD Congo, le dépistage n'est pas intégré systématiquement dans le programme de la santé féminine pendant que des cas de cancer au stade terminal sont fréquemment retrouvés dans la pratique clinique des gynécologues. Des études faites antérieurement sur des échantillons plus larges ont montré des prévalences très élevées des cas positifs à l'inspection visuelle : 30,2% à Kinshasa (9), 38% chez 229 femmes à Mbuji-Mayi (5), et 31,3% dans une cohorte des femmes infectées au

virus de l'immunodéficience humaine à Kinshasa (10).

À l'heure actuelle, l'inspection visuelle à l'acide acétique est souvent la seule option de dépistage économiquement envisageable dans bon nombre de pays pauvres (11) avec comme inconvénient, par comparaison avec d'autres tests (test PVH, FCVD), sa faiblesse dans le dépistage précoce des lésions squameuses de haut grade (CIN2+) (12). L'inspection visuelle a une sensibilité élevée mais une plus faible spécificité par rapport à la cytologie (13).

Tous les cas positifs à l'IVA/IVL ont présenté soit une lésion dysplasique, soit un cancer confirmé par l'examen histologique ; ce qui représente une bonne sensibilité de 100%. Cette même sensibilité (100%) avec une spécificité de 92% a été trouvée au Gabon dans une étude comparative (11). Une étude faite en Inde avait montré une sensibilité de 80% et une spécificité de 97 % avec une valeur prédictive positive de 80% et négative de 97% pour le frottis (14).

La pratique habituelle et même recommandée par l'OMS est de faire un dépistage chez les femmes à l'aide de la cytologie; lorsque les résultats de la cytologie sont positifs, le diagnostic de CIN est basé sur une colposcopie réalisée dans un second temps, avec une biopsie des lésions suspectes ; un traitement n'est effectué que lorsqu'une lésion de type CIN 2+ a été confirmée par un examen histologique (11).

Dans cette étude, les lésions atypiques ont représenté 63,33% des cas d'IVA/IVL+, les lésions précancéreuses au stade CIN2-3 20 % et des lésions au stade de carcinome épidermoïde infiltrant 15,15 %. L'étude menée à Kinshasa avait trouvé des lésions de bas grade à 29,0% et de haut grade à 90,3% (9). Au Cameroun, une prévalence des lésions CIN-2 de 23,2% et CIN-3 de 16,3% et une prévalence de cancer invasif de 26,3% avaient été trouvées (15). Au Gabon, les fréquences suivantes étaient observées : 1,3% de carcinome

épidermoïde, 1,9% des lésions précancéreuses (CIN-2/CIN-3) et 35,3% des cols inflammatoires (11) ; sur 35 cytologies anormales, 7 (20%) présentaient un carcinome dans une étude de 87 femmes avec IVA positive (3). Une étude menée à Brazzaville a montré des lésions CIN-1 à 15 %, CIN-2 à 23,7 %, CIN-3 à 4, 3% et le carcinome invasif à 12,9% sur un total de 93 patientes hospitalisées (16). Les lésions intra-épithéliales du col peuvent avoir des évolutions différentes : la progression, la régression ou la persistance. La majorité des lésions ont une évolution bénigne, avec des taux de régression progressive augmentant avec le temps du suivi. Les taux de régression des lésions de bas grade selon la classification de Bethesda se situent entre 37 % et 88 %, en majorité entre 50 et 60 %, la valeur la plus faible de 37 % ayant été observée après un suivi de 1 an chez des femmes avec infection au PVH persistante et la valeur la plus élevée de 88 % à la suite d'un suivi de 10 ans (17). Au cours de cette étude, tous les cas nécessitant une cryothérapie n'ont pas pu bénéficier de cette dernière tout simplement par manque des moyens financiers. Il est évident qu'un problème persiste dans le traitement des malades du fait d'abord que la majorité de ces femmes ne sont pas malades cliniquement et comme on est dans un contexte de prévention en milieu pauvre, il serait difficile pour une femme de payer des soins à titre préventif alors qu'elle ne dispose pas de moyens à cette fin.

Selon Alliance for Cervical Cancer Prevention (2004), la cryothérapie est le mode de traitement sûr et efficace dans la majorité des cas de pré cancer du col utérin, pour des taux de guérison de 75 à 85% voire 95% quand elle est pratiquée par un prestataire compétent. Certains auteurs signalent déjà des difficultés dans la prise en charge des malades par manque de moyens appropriés tels que la cryothérapie et cela peut être valable pour plusieurs régions des pays à ressources limitées (16). Aucun des cas de cancer n'a subi un traitement par chimiothérapie à cause non seulement de

l'absence des médicaments anticancéreux mais également du refus des malades qui trouvent que le traitement par chimiothérapie est lourd, long et que la majorité des malades meurent de ce traitement. Ces malades préféreraient mourir de leur maladie que du traitement (18). L'OMS relève les difficultés de prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin partout en Afrique et recommande ainsi une mise en œuvre des politiques à l'échelle nationale, des campagnes d'éducation et de sensibilisation pour les communautés locales, des programmes «voir-et-traiter» de sensibilisation de masse dans les zones rurales, et des infrastructures de référence fortes dans le système de soins de santé primaires que Mellstedt appelle « réponse globale » (8, 19).

Le programme de sensibilisation et de dépistage organisé demeure un besoin qui montre bien une efficacité plus grande que le dépistage individuel dans les pays en voie de développement vu le contexte englobant l'ignorance, le socio-culturel, le manque des moyens de prise en charge des maladies et le déficit des médicaments (20). En 2001, une étude faite dans certains pays d'Afrique Orientale, Centrale et Australe avait prévu qu'il était urgent d'investir davantage dans ces pays dans le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus par l'établissement des programmes de dépistage appropriés (21). D'autres études faites dans d'autres pays ont estimé que globalement, le dépistage régulier, avec au moins un frottis au cours de sa vie, protège deux fois plus une femme du cancer du col (22) et diminue le risque de 40% pour deux frottis à l'âge de 35 et 40 ans (23, 24)

La mise en place de ces programmes de sensibilisation et de dépistage dans certains pays à ressources limitées suppose la disposition des ressources financières suffisantes pour supporter les frais relatifs au dépistage et au traitement, de développer les infrastructures, de former le personnel nécessaire et d'élaborer des mécanismes de surveillance. La mise en œuvre devrait

également impliquer, en plus des subventions gouvernementales, la participation à tous les niveaux des organisations locales de la santé et des prestataires.

Conclusion

Ces résultats de dépistage et de colposcopie couplée à l'histologie montrent une fréquence élevée de 19,4% d'IVA/IVL positive avec des lésions précancéreuses et cancéreuses dans un échantillon minime de 170 femmes (qui ne pourraient être que la partie visible d'un iceberg) ayant été sensibilisées et qui sont venues au dépistage. Cette technique simple et rapide est performante dans notre milieu à ressources limitées et devrait être une méthode de référence pour le dépistage particulièrement adapté au contexte socioéconomique des pays à faible revenu et cela serait bénéfique pour une prise en charge précoce des lésions dysplasiques. Ces résultats devront être élargis sur un échantillon plus important dans des études ultérieures afin d'établir les liens existant entre les différents facteurs, les lésions dysplasiques et le cancer du col utérin.

Références

- World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer Fact sheet N°380: 2015 (22nd May 2015). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
- Bruni L. B-RL, Albero G., Aldea M., Serrano B., Valencia S., Brotons M., Mena M., Cosano R., Munoz J., Bosch FX., de Sanjosé S., Castellsagué X., ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary report. 2014.
- Moussavou PB, Koumakpayi IH, Nkili-Meyong AA, Labouba I, Bisvigou U, Chansi JK, et al. Molecular analysis of human Papillomavirus detected among women positive for cervical lesions by visual inspection with acetic acid/Lugol's iodine (VIA/VILI) in Libreville, Gabon. Infect Agent Cancer (Internet). 2016 Sep 7 (cited 2016 Oct 25); 11 (1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015258/> (PubMed)
- Raifu AO, El-Zein M, Sangwa-Lugoma G, Ramanakumar A, Walter SD, Franco EL. Determinants of Cervical Cancer Screening Accuracy for Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) and Lugol's Iodine (VILI) Performed by Nurse and Physician. PLoS One (Internet). 20 janv 2017 (cité 23 avr 2017);12(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249231/>.
- Banza KD, Cilundika MP, Kabengele T, Kitenge WF, Gilbert UW, Kakudji LP, Luboya NO. Visual inspection with acetic acid and Lugol's iodine in cervical cancer screening at the general referral hospital Kayembe in Mbuji-Mayi, Democratic Republic of Congo. PanAfrican Medical Journal. 2016
- Ali-Risasi C, Mulumba P, Verdonck K, Vanden Broeck D, Praet M. Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. BMC Womens Health. 18 févr 2014;14(1):30
- Banza MK, Kizonde J, Ilunga M, Mutach K, Kabila B, Kalenga MK. Cancer du col utérin. Problematique de la prise en charge (1999). Lub Méd, 2, 43-48
- OMS COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE LE cancer du col de l'Utérus dans la région Africaine de l'OMS: situation actuelle et perspectives AFR/RC60/6 23 juin 2010
- Raifu AO, El-Zein M, Sangwa-Lugoma G, Ramanakumar A, Walter SD, Franco EL. Determinants of Cervical Cancer Screening Accuracy for Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) and Lugol's Iodine (VILI) Performed by Nurse and Physician. PLoS One (Internet). 20 janv 2017 (cité 23 avr 2017);12(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249231/>.
- Ali-Risasi C, Verdonck K, Padalko E, Vanden Broeck D, Praet M. Prevalence and risk factors for cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo: a cross-sectional study. Infect Agents Cancer. 2015;10:20.
- Mpiga É, Ivanga M, Koumakpayi IH, Engohan-Aloghe C, Ankély JC, Belembaogo E, et al. Intérêt de l'inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de Lugol avec colposcope dans le dépistage des lésions du col utérin au Gabon. Pan Afr Med J (Internet). 2015 Oct 21 (cited 2016 Oct 25) ; 22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747445/>
- Qiao YL, Sellors JW, Eder PS, Bao YP, Lim JM, Zhao FH, et al. A new HPV DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a crosssectional study of clinical accuracy in rural China. Lancet Oncol 2008;9:929–36.
- Sankarayanaryanan R, Basu P, Wesley R, Mahe C, Keita N, Mbalawa CC, et al.

- For the IARC multicentric study group on cervical cancer early detection. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from an IARC multicentric study in India and Africa. *Int J Cancer* 2004; 110 : 907-13.
14. Ami Mehta study of high risk cases for early detection of cervical cancer by PAP's smear and visual inspection by Lugol's Iodine Method. *NHL Journal of Medical Sciences*/Jan 2013 /vol.2/Issue1
 15. DeGregorio GA, Bradford LS, Manga S, Tih PM, Wamai R, Ogembo R, et al. Prevalence, Predictors, and Same Day Treatment of Positive VIA Enhanced by Digital Cervicography and Histopathology Results in a Cervical Cancer Prevention Program in Cameroon. *PLoS One*. 9 juin 2016;11(6).
 16. [Iloki LH](#), [N'Dinga HG](#), [Mbongo JA](#), [Panpandi-Ikourou A](#), [Pecko F](#). Twelve months of colposcopy use at the Brazzaville University Hospital Gynecology Clinic. - PubMed – NCB. (cité 25 avr 2017). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 17. Prétet JL, Jacquard AC, Carcopino X, Charlot JF, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study. *Int J Cancer* 2008;122(2):428-32.
 18. Pampallona S, Bollini P. Palliative care in developing countries: why research is needed. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003; 17: 171–182; Discussion 183–174.
 19. Mellstedt H. Cancer initiatives in developing countries *Annals of Oncology* 17 (Supplement 8): viii24–viii31, 2006
 20. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Luxembourg: Commission européenne; Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs; Centre international de recherche sur le cancer, 2008
 21. Zvavahera M. Chirenje Diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus en Afrique orientale, centrale et australe : analyse de situation Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (2) : 127-132.
 22. Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. *Int J Cancer* 1999;83(1):55-8.
 23. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med* 2005;353:2158–68.
 24. Lynge E, Clausen LB, Guignard R, Poll P. What happens when organization of cervical cancer screening is delayed or stopped? *J Med Screen* 2006;13(1):41-6.