

LE CANCER DU COL DE L'UTERUS : Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain

CERVICAL CANCER: Epistemology and medical assistance in African society

N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S.

RESUME

Objectifs : Améliorer la prise en charge et le pronostic du cancer du col de l'utérus en milieu africain. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. Elle s'est déroulée sur cinq ans, du 1^{er} Janvier 2002 au 31 Décembre 2006. Elle a porté sur 171 cas de cancer du col de l'utérus histologiquement confirmé. **Résultats :** La fréquence du cancer du col de l'utérus dans cette étude était de 1,7 %. La moyenne d'âge des patientes était de 48,5 ans. Elles avaient un âge compris entre 41 et 50 ans dans 38,6% des cas. Les multipares représentaient 73,1 % avec une majorité de 38,6% pour 7 enfants et plus. Le milieu socio-économique était bas (72 %). Les patientes mariées et divorcées représentaient 63,2 %. La précocité des rapports sexuels et le multipartenariat sexuel était respectivement de 77,2 % et 73,2 %. Elles avaient un antécédent d'infection sexuellement transmissible dans 70,2 % des cas. Le bilan d'extension a été limité aux moyens de nos patientes. Les stades opérables représentaient 19,3 % et les stades tardifs 57,9 %. Seulement 8,8 % de nos patientes ont été opérées. Le coût théorique moyen du traitement chirurgical a été de 298.203 F CFA. **Conclusion :** Il apparaît urgent que pour améliorer la prise en charge des patientes, de lutter efficacement contre la recrudescence des facteurs de risque et d'améliorer le plateau diagnostique et thérapeutique.

Mots clés : cancer- col de l'utérus - prise en charge - prévention.

SUMMARY

Objectives: the aim of this study was to improve the medical assistance and the prognostic of cervical cancer in African society. **Materials and methods:** It was a retrospective and descriptive study carried out in the gynecology and obstetrics department at the teaching hospital of Cocody. It spanned over five years, from January 1st, 2002 to December 31st, 2006. It was focused on 171 cases of cervical cancer histologically confirmed. **Results:** The frequency of cervical cancer in that study was 1.7 %. Patients had an average age of 48.5 years. 38.7 % of patients were aged between 41 and 50. Multiparous represented 73.1 % of patient with a majority of 38.6 % for seven births and more. Patient socio-economic background was low in 72 % of cases, married and divorced patients represented 63.2 %. Patients who had an early sex and those with numerous partners respectively represented 77.2 % and 73.2 %. In 70.2 % of cases, they had suffered a sexually transmitted infection once. Extension rate was limited to the financial capacities of our patients. Operable stages represented 19.3 % and belated stages 57.1 %. Only 8.8 % of our patients were operated. The average theoretical cost of the surgical treatment was 298.203 F CFA. **Conclusion:** This study showed that to improve medical assistance to patients, it is (capital) urgent to face efficiently the out break of factors of risk and improve diagnosis and therapy.

Keywords: Cervical cancer - medical assistance - prevention.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus à l'échelle mondiale représente 10 % des cancers féminins et occupe la deuxième place derrière le cancer du sein chez la femme avec une incidence de 470.000 nouveaux cas par an et 23.000 décès (1). De nombreuses évolutions diagnostiques et thérapeutiques et surtout une politique adéquate de prise en charge par le dépistage systématique des lésions précancéreuses ont permis une forte diminution de sa morbidité et de sa mortalité en occident. 80 % des cas de cancer du col de l'utérus surviennent dans les pays en développement 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 (2). En Afrique, ce cancer occupe la première place avec une mortalité toujours élevée, faisant de lui un sérieux problème de santé publique.

Cette étude vise à améliorer la prise en charge et le pronostic du cancer du col de l'utérus en milieu africain. Les objectifs spécifiques étant de déterminer, préciser le profil épidémiologique des patientes, de décrire la prise en charge des cancers du col et d'évaluer le coût financier du traitement chirurgical à un stade opérable de la tumeur.

METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de cinq ans de Janvier 2002 à Décembre 2006 dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody. Elle a porté sur une série

de 171 dossiers de cancer du col dont le diagnostic a été posé dans le service avec confirmation histologique. Les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et le coût financier du traitement chirurgical ont été les paramètres étudiés.

RESULTATS

1-Fréquence : Au cours de notre période d'étude, les cancers du col histologiquement confirmés ont représenté 1,7% de l'ensemble des admissions soit 171 patientes sur 9853.

2-Aspect sociodémographique :

-Âge : la moyenne d'âge était de 48, 5 ans avec un pic dans la tranche d'âge de 41 à 50 ans, soit 38, 1% des patientes.

-Parité : les multipares représentaient 73, 1% des patientes avec une majorité de 38, 6% pour 7 enfants et plus

-Niveau d'étude : les analphabètes représentaient 62% des patientes contre 12% des patientes ayant un niveau secondaire ou universitaire.

-Profession : dans notre série 71, 9% des patientes étaient sans une profession.

-Les patientes mariées et divorcées prédominaient avec une fréquence de 63, 2%.

-Les antécédents : les patientes ayant eu des rapports sexuels précoces étaient majoritaires avec 77, 2% contre 22, 8% pour celles ayant eu des rapports sexuels tardifs ; 73, 7% des patientes ont plus de deux partenaires et 70, 2% présentaient des antécédents d'infections sexuelle-

ment transmises contre 29, 8% ; 63, 2% consomment l'alcool ; 36, 8% étaient sous contraceptifs oraux.

3-Aspects thérapeutiques : Après un bilan d'extension limitée aux moyens financiers de nos patientes, faite d'examen clinique sous narcose (100%), de cystoscopie (22, 8%) , d'UIV (12, 3%), de rectoscopie (22, 8%) et d'échographie (26, 3%), une stadification FIGO a été faite donnant une proportion de 19,3 % pour les stades opérables (o, I, IIa), 33,3 % aux stades tardifs IIb et 24,6 % au stade IVa (tableau I et II).

-Type de traitement : chez 91, 2% des patientes, l'abstention thérapeutique a été adoptée ; elles ont bénéficié uniquement de soins palliatifs, contre 8, 8% de traitement chirurgical.

-Le coût théorique moyen du traitement chirurgical concernant les patientes opérées a été estimé à 298.203 F CFA (le tableau IV en mentionne les détails).

DISCUSSION

1-Fréquence : Durant la période d'étude, 171 cas de cancers du col avaient été enregistrés sur 9853 admissions, soit une fréquence de 1, 7% de cancer du col utérin histologiquement confirmés dans notre service. Déjà en 1986, en Côte d'Ivoire, Sangaret trouvait une fréquence de 75, 68% qui plaçaient ce cancer en première position des cancers de la femme, suivi du cancer du sein (3).

Ailleurs, pour Diallo (4), cette fréquence était de 78% des cancers gynécologiques et quant à Touré (5) au Sénégal et Muteganya (6) au Burundi, les fréquences étaient également au premier rang avec respectivement 31, 23% et 33, 8%.

Bien que tous ces auteurs attribuent la première place à ce cancer, nous constatons une disparité entre les chiffres. Ceci doit montrer qu'il existe un problème de recensement des malades. En effet, comme l'a souligné Touré (5), l'absence d'un registre de population des tumeurs et la dispersion des malades dans les centres universitaires ont fait que la seule source d'étude épidémiologique reste les laboratoires d'anatomie pathologique.

Dans certains pays maghrébins et les pays développés, un registre de cancer est tenu et régulièrement mis à jour. Ainsi, Ben Youssef (7) trouve une fréquence de 17% venant après le cancer du sein (27%). En France, l'incidence annuelle se situe entre 17, 7 et 28, 8 pour 100.000 selon le département de santé (8), et c'est le 2^{ème} cancer gynécologique après le cancer du sein selon Lansac (9).

2-Aspects épidémiologiques

L'âge moyen des patientes dans notre étude était de 48, 5 ans avec des extrêmes de 30 à 81 ans, avec un pic entre 41 ans et 50 ans, proche de celui de Touré (5) dont l'âge moyen est de 46 ans avec un maximum se situant entre 45-54 ans. Ceci prouve l'apparition du cancer à un âge relativement jeune en Afrique par rapport aux pays occidentaux. Banza (10) à Lumubashi et Abboud à Beyrouth (11) relevaient un pic dans la tranche d'âge de 30-40 ans. L'apparition du cancer du col de l'utérus à un âge plus précoce semble être liée à la recrudescence des facteurs de risque comme les mauvaises conditions socio-économiques, la précocité des rapports sexuels, le multipartenariat sexuel, exposant au virus du papillome humain (HPV), les infections sexuellement transmises et enfin les nombreuses maternités (10). La baisse de

l'immunité joue aussi un rôle important dans le rajeunissement des femmes atteintes d'un cancer invasif du col. Pour Dargent, l'augmentation relative de la fréquence des formes juvéniles des cancers du col utérin a été observée dans tous les instituts de référence (12). Mainan (13) rejoint Dargent en affirmant que le cancer du col des femmes jeunes est expliqué par le fait que l'infection à VIH chez les jeunes serait associée à une prévalence de dysplasies sévères du col utérin et à une évolution d'autant plus sévère des lésions que le déficit immunitaire est profond. Lomalisa en Afrique du Sud, mentionnait que le cancer invasif du col apparaît 10 ans plutôt chez les patientes à sérologie VIH positif que chez celles à VIH négatif (14). Dans notre étude, 73,1% des patientes étaient multipares, également pour beaucoup d'autres africains (10, 15). Bouffard 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 la paucipare (4). 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.

Plus de la moitié (62%) de nos patientes n'avaient aucun niveau et 71,9% étaient sans profession, d'où une idée sur le niveau socio-économique des patientes ce qui permet de juger de la possibilité de l'accès aux soins de santé et de l'information en matière de santé. Dargent (12) signalait qu'il existerait une relation arithmétique inverse entre le revenu annuel du ménage et l'incidence de la maladie ; la littérature même affirme que les couches sociales déshéritées seraient plus touchées par le cancer du col (16, 17).

Les patientes mariées et divorcées prédominaient avec une fréquence de 63,2% dans notre étude. Nos résultats concordent avec ceux de plusieurs auteurs africains (3,7,10). En effet, le mariage précoce et souvent forcé organisé dans nos conditions constituait un facteur de risque important du cancer du col (3, 5, 7,10) de même, le multipartenariat sexuel du mari (73,7% dans notre étude). La notion antérieure d'infection sexuellement transmises (IST) a été retrouvée chez 70,2% des patientes. D'autres séries africaines et occidentales (10-18-19-20) constataient également une fréquence élevée d'IST chez les femmes présentant une néoplasie cervicale. L'opinion était que les états inflammatoires cervicaux jouaient un rôle prépondérant dans l'apparition du cancer du col et que l'infection cervicale chronique mal traitées ferait le lit du cancer.

Certains auteurs pensent que l'utilisation à long terme de contraceptifs oraux pourrait être associée à un risque légèrement accru du cancer du col et le risque serait de 100% pour une utilisation de 10 ans et plus (20). Ce lien n'a pas été objectivé dans notre étude.

3-Aspects thérapeutiques

En l'absence de radiothérapie, la chirurgie était pratiquement la seule méthode de traitement. Dans notre série, seules 15 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical dont 3 hystérectomies totales et 12 colpohystérectomies élargies avec lymphadénectomie. L'abstention chirurgicale a été observée pour la majorité des patientes (91,2% des cas). Ces patientes avaient

bénéficié uniquement d'un traitement palliatif. Il faut noter que notre choix thérapeutique était corrélé au stade clinique (80,7% de nos patientes étaient déjà à un stade avancé, inopérable (Iib-III, IV)) et au plateau technique disponible.

En occident, la conduite thérapeutique est codifiée pour les cancers du col car on dispose de toutes les ressources de traitement. Elle consiste pour les stades I et II en la chirurgie exclusive selon Dargent (21), la radiothérapie exclusive selon Pourquier (1), ou l'association radio-chirurgicale selon Durand (1). Aux stades avancés, la radiothérapie est seule utilisée ou en association avec la chimiothérapie (24). Chauvergne cité par Mubiayi (22) affirme qu'une chimiothérapie plus intense est un facteur déterminant pour accroître les chances de rémission complète et améliorer probablement la survie des cancers du col à haut risque. Le taux d'abstention était encore plus élevé chez Banza (10), 55% contre 45% d'opérées. Il justifie cela par l'absence de service de radiothérapie dans son pays. Tout comme Muteganya qui n'opérait que 54% des patientes dont le stade clinique ne dépassait pas le stade Iib (6). A l'opposé, le taux d'abstention de Yomi (23) qui dispose de radiothérapie est très faible, 7% des malades. Les patientes ont pu bénéficier d'un traitement que ce soit à visée curative ou palliative. L'inégalité des moyens thérapeutiques explique bien la différence de prise en charge.

Une seule complication peropératoire est survenue dans notre série à type de lésion vésicale. Il semble que les complications de la sphère urinaire soient les plus fréquentes. Banza mentionne 4 fistules vésico-vaginales et une ouverture accidentelle de la vessie (10). Mouellesone constatait aussi des fistules vésico-vaginales (24).

Quelque soit le type de traitement administré, la durée d'hospitalisation variait de 2 à 30 jours avec une moyenne de 9 jours, ce qui est inférieur au chiffre moyen de Muteganya (13,1 jours).

Le traitement palliatif contribuait en l'amélioration du confort des patientes en stabilisant le taux d'hémoglobine par des transfusions répétées, en minimisant la douleur par l'utilisation de morphine, en assurant l'arrêt des saignements par l'utilisation de produits hémostatiques, par une toilette vaginale quotidienne et corporelle biquotidienne, en ayant recours aux psychothérapeutes et en assurant le nursing.

Pronostic

Nous avons relevé 18 cas de décès sur les 171 patientes, soit 10,5% (tableau IV). Toutes ces patientes étaient à un stade inopérable et avaient bénéficié d'un traitement palliatif. Elles avaient succombé pour la plupart d'amaigrissement excessif et de choc cardio-respiratoire. Dans l'étude de Touré (5), 38,75% des patientes ont disparu et le taux de survie tous stades confondus décroît avec le temps, de 40% à 1 an, il passe à 4,54% à 5 ans. Abboud quant à lui (11) trouvait une survie de 70% pour les stades I et II et se rapprochait un peu de Dargent (21) qui trouvait des chances de survie à 5 ans de 100% pour le stade I, 84% pour le stade Ib, 68,9% pour le stade II à 45,2% pour le stade Iib et 20,2% pour le stade III.

De manière générale, une survie plus élevée s'observait en Occident du fait de la précocité des stades, des moyens thérapeutiques plus adéquats et par le typage précoce des HPV révélant des lésions infracliniques.

Coût Financier (Tableau III)

Ce coût prenait en compte la consultation, l'hospitalisation, les examens paracliniques, l'acte opératoire et les soins postopératoires. Le prix de revient d'un traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus à un stade opérable était estimé à **298.203 F CFA**. Il s'agit d'un coût très élevé pour des patientes dont 72% étaient de bas niveau socio-économique. Pour certaines patientes très démunies, le service social et l'administration hospitalière intervenaient pour minimiser les coûts. Un diagnostic précoce par les méthodes visuelles (test au lugol et colposcopie) et les frottis cervico-vaginaux et la prise en charge précoce des lésions cervicales précancéreuses par la conisation ou l'amputation auraient permis de réduire les coûts et de faire l'économie de vie humaine.

CONCLUSION

La situation du cancer du col dans notre service reste dramatique avec plus de 80% des patientes à un stade tardif inopérable et une radiothérapie essentielle dans la prise en charge inexistante. Il apparaît urgent que pour améliorer la prise en charge des patientes, de lutter efficacement contre la recrudescence des facteurs de risque, d'améliorer le plateau diagnostique et thérapeutique, d'envisager la vaccination dans un futur proche contre le HPV et surtout de subventionner cette prise en charge.

Tableau I : fréquence des différents bilans d'extension

Bilan d'extension	% d'utilisation	Présence de lésions
Cystoscopie	22,8	7%
Urographie	12,3	5,3%
Rectoscopie	22,8	7%
Echographie	26,3	15,8%

Tableau II : répartition des patientes selon le stade de classification FIGO dans notre service

Stadification clinique FIGO	Fréquence %
Stades opérables (0, Ia,Ib,IIa)	19,3
Stade Iib	33,3
Stade IIIa	7,0
Stade IIIb	15,8
Stade IVa	24,6
TOTAL	100

Tableau III: Estimation du coût théorique moyen du traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus dans notre service. (Stade opérable). Ceci est d'autant plus important que les patientes dans leur majorité ont un niveau socio-économique bas (71,9%).

Identification	Coût en F CFA
- Coût opératoire	146.670
- Coût moyen des bilans	
- Coût moyen du séjour en chambre	92.000
- Coût de la consultation	54.533
	5.000
TOTAL	298.203 F CFA

Tableau IV : répartition des patientes selon le pronostic

	Effectif	Pourcentage
Adressées en	21	12,5
cancérologie	18	10,5
Décédées	15	8,8
Patientes opérées	117	68,4
Traitement palliatif		
TOTAL	171	100

Références

1-Philippe M, Damienne C. Cancer du col utérin, pratique en gynécologie-obstétrique Masson 2005

2-Stewarty BW, Kleihues P. Les cancers de l'appareil génital féminin. In : Le cancer dans le monde. IARC Press, Editor.2005: Lyon. p. 218-26.

3-Sangaret M, Koné N, Houphouet K, Bohoussou K, Brettes, Djahan Y, and al. Cancer du col utérin en Côte d'Ivoire : Aspects épidémiologiques. Revue médicale de Côte d'Ivoire 1986 ; 75 :112-118.

4-Diallo et Collaborateurs. Epidémiologie et pronostic du cancer du col utérin. Expérience de la clinique universitaire de gynéco-obstétrique IGNACE DEEN de Conakry en 10 ans (1982-1991). Dakar médical 1992 ; 37 : 199-204.

5-Toure P, Corre P, Diab A. Le cancer du col en milieu africain à Dakar. Etude rétrospective de 411 cas observés à l'Institut du Cancer. Dakar médical 1981, 26 : 59-70.

6-Muteganya D, Bigayi T, Bigirimana V, Sindayirwanza JB, Mareerwa G. Le cancer du col utérin au CHU de Kamenge à propos de 35 cas. Med Afr Noire 1999 ; 46 (3) : 153-156.

7-Ben Youssef R et collaborateurs. Le cancer du col en Tunisie. Présentation clinique et évolution au cours d'une période de 10 ans. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 : 63-67

8-Gerbaulet A, Coen V. Cancer du col utérin. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. JM Andrieu et P Colonna Ed. ESTEM, Paris 1997 : 80-97.

9-Lansac J, Le Comte R. Gynécologie pour le praticien, Masson 1999 : 87-99.

10-Banza K, Kizonde J, Unga M, Muiach K, Kabila B, Kalenga MK. Cancer du col de l'utérus : Problématique de la prise en charge. A propos de 40 cas observés à l'hôpital de Lumumbashi. Lub méd 1999 ; 2.

11-Abboud J, Attieh E, Germanos A. Cancer invasif du col utérin. Traitement adapté en fonction des moyens thérapeutiques disponibles. J Gynecol obstet Biol Reprod 1992 ; 21 :19-22.

12-Dargent D, Kouakou F, Cholmier M, Adeleine P. Cancer du col chez la femme de moins de 35 ans et moins: une nouvelle maladie? Rev fr Gynécol Obstét 1991; 86: 635-638.

13-Maiman M, Fruchter RG, Guy L, Cuthills S, Levine P, Serur E. HIV infections and invasive cervical cancer. Cancer 1993; 71: 402-406.

14-Lamolisa P, Smith T, Guidozi F. Human Immunodeficiency Virus infection and invasion cervical cancer in South Africa. Gynecologic Oncology 2000, 77: 460-463.

15-Moscicki AB, Ellenberg JH, Vermund SH. Prevalence and risk for cervical human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in adolescent girls: impact of infection with human immunodeficiency virus. Arch.ediat. Adolesc. Med. 2000, 154: 127-134.

16-Alejandro M, Frias-Mendivil M. Epidemiology of cervical cancer. Cancer investigation 2000; 18 (6), 584-590.

17-Bouuaert C, Cabut CH. Place du médecin généraliste dans une stratégie de dépistage du cancer du col utérin. Rév Med Liege 1995 ; 50 : 517-524.

18-Body G, Calais G, Fetisso F, Le Flochi O, Lansac J. Cancer du col de l'utérus. EMC (Paris-France), Gynécologie 1998 : 26-37.

19-Munoz N, Bosch FX, DE SANJOSE S et al. STUDY GROUP. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N. Engl. J. Med. 2003, 348: 518-527.

20-Smith JS, Green J et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. Lancet 2003, 361: 1159-1167.

21-Dargent D. Le traitement chirurgical du cancer du col utérin. Rev fr Gynécol obstet 1985 ; 80 (5) : 299-322.

22-Mubiayi N et al. Histoire du suivi cytologique de 148 femmes atteintes d'un cancer du col utérin. Gynécologie obstétrique et fertilité 2002 ; 30 : 210-217

23-Yomi J, Monkam G, Tagni D, Doh A. Traitement des cancers du col de l'utérus : notre expérience à l'hôpital général de Yaoundé à propos d'une série de 111 malades. Méd Afr Noire 1996, 43(3).

25-Mouele Sone A, Essomba M, Fezeu M, Amana JP, Ngnah A. Intérêt de la radiothérapie dans le traitement du cancer du col utérin dans les pays en développement. Méd Afr Noire 1994, 41 (6) : 187-192.