

# **LE CANCER DU COL UTERIN**

## **DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)**

### **Aspects épidémio-cliniques et anatomo-pathologiques**

J. LANKOANDE<sup>1</sup>, B. SAKANDE<sup>2</sup>, A. OUEDRAOGO<sup>3</sup>, C. MR OUEDRAOGO<sup>3</sup>,  
OUATTARA T.<sup>3</sup>, B. BONANE<sup>4</sup>, B. KONE<sup>5</sup>

#### **RESUME**

**Les auteurs rapportent les données d'une étude rétrospective de 3 ans dont le but était de décrire le profil épidémio-clinique et anatomo-pathologique des cancers du col dans un pays d'Afrique Noire. 46 cas de cancers invasifs du col ont été répertoriés. Ces cancers représentent 31,7 % des cancers génitaux féminins. Le délai moyen de consultation était de 7 mois ± 2,4. L'âge moyen des patients était de 48 ans ± 3,7. Elles étaient pour la plupart grandes multipares et sans profession rémunérée.**

**Les motifs de consultation étaient dominés par : les mètrorragies, les douleurs pelviennes et les pertes purulentes respectivement dans 95,6 %, 58,7 % et 45,6 % des cas. Dans 89,1 % des cas, il s'agissait d'un stade clinique inopérable.**

**Sur 37 résultats anatomo-pathologiques disponibles on notait un carcinome épidermoïde dans 36 cas (97,3 %) et un seul cas d'adénocarcinome (2,7 %).**

**Une lésion condylomateuse était associée dans 21,6 % des cas.**

**Ces résultats justifient une sensibilisation d'une part du personnel de santé afin que les frottis de dépistage soit un réflexe quotidien et d'autre part de la population afin qu'elle comprenne l'utilisation du dépistage dans le cancer du col.**

**Mots-clés : cancer, col utérin, clinique, histologie.**

#### **I - INTRODUCTION**

Au Burkina Faso à l'instar des pays en développement le dépistage du cancer du col reste peu pratiqué. Dans notre contexte de travail où la chirurgie constitue la seule arme

1. Gynécologue obstétricien Maître Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé Université de Ouagadougou - Burkina Faso.

2. Anatomo-pathologiste Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé - Université de Ouagadougou - Burkina Faso.

3. Interne des Hôpitaux - Service de Gynécologie-Obstétrique Centre Hospitalier

curative disponible la place des frottis cervico-vaginaux de dépistage n'est plus à démontrer. Alors que plusieurs études européennes font état d'une diminution de l'incidence des cancers du col à cause d'une meilleure prise en charge gynécologique, l'Afrique se doit de réunir les conditions d'une approche positive de cette pathologie où la prévention est la première arme thérapeutique (1, 2). Le but de notre étude était de décrire le profil épidémio-clinique et les résultats anatomo-pathologiques des patients présentant un cancer invasif du col dans un hôpital d'Afrique Noire.

#### **II - MALADES ET METHODES**

Il s'agit d'une étude rétrospective menée du 01/01/93 au 31/12/95 soit une période de trois ans dans les services de gynécologie obstétrique et d'anatomie et de cytologie pathologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (CHN-YO). Le service de gynécologie obstétrique est un service d'urgence qui reçoit des patients en provenance des centres de santé de la ville et des provinces environnantes. Il faut souligner que certains cancers génitaux féminins sont admis en chirurgie générale. Les données sont été collectées à partir des dossiers cliniques des malades et des registres des deux services.

Ont été exclues de cette étude les patientes présentant des néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN 1-3). Les variables socio-démographiques étudiées étaient : la provenance, l'âge, la parité et le statut socio-professionnel. Sur le plan clinique ont été évalués : le délai de consultation, le motif de consultation et la stadification selon la classification de la FIGO (1985) distinguant 5 stades (2).

Sur le plan anatomo-pathologique le type histologique, le degré de différenciation et l'existence de lésions associées

Nationale Yalgado Ouédraogo (CHN-YO) de Ouagadougou - Burkina Faso.

4. Gynécologue obstétricienne - Service de gynécologie Obstétrique Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou - Burkina Faso.

5. Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique du CHN-YO de Ouagadougou - Burkina Faso.

ont été pris en compte. La saisie et l'analyse des données sont été réalisées sur le logiciel Epi Info version 5.0.

## II - RESULTATS

### 1. Fréquences

Le tableau I donne la répartition des cancers génitaux féminins répertoriés au cours des trois années de l'étude. Dans le groupe "autres" ont été regroupées les néoplasies de la vulve et les choriocarcinomes.

### 2. Aspects socio-démographiques.

#### . La provenance

29 patientes (63,04 %) provenaient de la ville de Ouagadougou et 17 (36,96 %) étaient évacuées des provinces avoisinantes.

#### . Age et parité

**Tableau II : Répartition de 45 patientes ayant un cancer du col selon l'âge et la parité**

Age (ans)	Primi- et paucipares	Multipares	G. Multipares	Total
26-35	1	6	0	7
36-45	2	3	6	11
46-55	0	2	14	16
56-65	0	1	3	4
66 et +	1	0	6	7
Total	4	12	29	45

Le tableau II représente la distribution de 45 patientes selon l'âge et la parité. Ces deux variables n'étaient pas précisées dans un cas. Selon la parité, les patientes ont été regroupées en trois classes : primipares et paucipares multipares (4 - 5 - 6) et grandes multipares (7 et plus). Une seule primipare de 34 ans a été enregistrée. L'âge moyen était de  $48 \text{ ans} \pm 3,7$  et les extrêmes de 27 à 76 ans. 13 % des patientes avaient moins de 35 ans.

La parité moyenne était de 7. La plus grande parité était de 12.

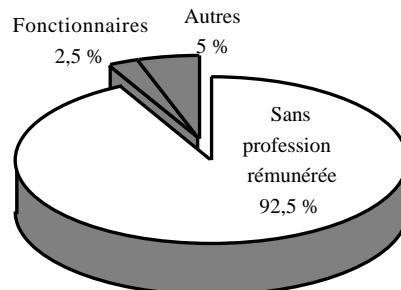
#### . Le statut socio-professionnel

Il était précisé dans 40 cas. La figure 1 donne la répartition des patientes selon leur statut socio-professionnel. Les vendeuses et les coiffeuses ont été regroupées dans la classe "autres".

**Tableau I : Fréquence des différences cancers génitaux féminins répertoriés de 1993 à 1995**

Organes	Nb de cas	%
Seins	74	51,0
Col utérin	46	31,7
Corps utérus	10	6,9
Ovaires	8	5,6
Autres	7	4,8
Total	145	100

**Figure 1 : Répartition des 40 patientes selon leur statut socio-professionnel**



### 3. Aspects cliniques

#### . Le délai de consultation

Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation a pu être évalué chez 29 patientes. Ce délai moyen

était de 7 mois  $\pm$  2,4. Les extrêmes étaient de 1 et 24 mois.

#### *. Les motifs de consultations*

Les principaux motifs de consultation sont récapitulés dans le tableau IV.

**Tableau IV : Principaux signes cliniques à l'admission chez les 46 patients ayant un cancer du col**

Signes	Nb de cas	%
Métrorragies	44	95,6
Dx pelviennes	27	58,7
Leucorrhées	21	45,6
Anémie	16	34,8

#### *. Le stade clinique*

Le tableau V récapitule les différents stades cliniques notés à l'admission chez les 46 patients.

**Tableau VI : Répartition des 37 résultats selon le type histologique et le degré de différenciation**

	Indifférencié	Peu différencié	Moyennement différencié	Bien différencié	Total
Carcinome épidermoïde	1	5	18	12	36
Adénocarcinome	0	0	0	1	1

## IV - DISCUSSIONS

### **Limites**

Nous rapportons ici des données hospitalières qui pourraient ne pas refléter la situation dans la population générale. Les résultats anatomo-pathologiques de certaines patientes hospitalisées à plusieurs reprises n'ont pas pu être obtenus. Par ailleurs notre méthodologie de travail ne nous a pas permis d'évaluer la survie globale des patientes. Le volet thérapeutique n'a pas été abordé car il était essentiellement symptomatique.

### **La fréquence**

Nous avons noté dans notre série que le cancer du col occupait la deuxième place des cancers génitaux féminins après le cancer du sein. Mais plusieurs études notent que le cancer du col représente le premier cancer génital de la femme en Afrique, en Amérique Centrale et du Sud et dans le Sud-Est asiatique (2, 3). Cette différence pourrait s'expli-

**Tableau V : Répartition des 46 patientes selon le stade clinique du cancer**

Stades	Nb de cas	%
Stade I	3	6,5
Stade II	5	10,9
Stade III	22	47,8
Stade IV	16	34,8
Total	46	100

### **4. Anatomo-pathologie**

Le résultat anatomo-pathologique était disponible dans 37 cas. On notait 36 carcinomes épidermoïdes (78,3 %) et un seul cas d'adénocarcinome (2,7 %) qui était de type endométrioïde. Le tableau VI donne la répartition des différents résultats selon le type histologique et le degré de différenciation.

L'examen histologique notait l'association de lésions condylomateuses dans 8 cas (21,6 %).

**Tableau VI : Répartition des 37 résultats selon le type histologique et le degré de différenciation**

quer par le fait que d'une part le dépistage n'est pas systématique et d'autre part par le fait que toutes les patientes présentant un cancer du col ne sont pas hospitalisées.

### **L'âge**

Des études européennes récentes soulignent la recrudescence des formes juvéniles des cancers invasifs du col utérin. Cette fréquence est passée de 10 % dans les années 80 à 25 % dans les années 90 (4, 5). Dans notre série, 13 % des patientes avaient moins de 35 ans. THOMES trouve 10,2 % (6). L'âge moyen des patientes de notre série (48 ans) est identique à celui de ABOUD au Liban (7). YOMI à Yaoundé (Cameroun) (8) trouve un âge moyen de 59 ans ce qui est beaucoup plus élevé que le nôtre.

### **La parité**

Dans notre série la parité moyenne qui est de 7 est comparable à celles de EOPA au Cameroun et ROGO au Kenya qui trouvent respectivement 6,8 et 6,1 (9, 10).

### **Le statut socio-professionnel**

Dans notre série 92,5 % des patientes étaient sans profession rémunérée. La profession des conjoints et le niveau socio-économique n'ont pas pu être précisés. Néanmoins étant donné que les dépenses du couple dépendant du revenu du conjoint nous pouvons affirmer à l'image de la situation économique présente que ces patientes relèvent d'un bas niveau socio-économique.

### **Clinique**

Les pourcentages des mètrorragies, des douleurs pelviennes et des anémies dans notre série étaient respectivement de 95,6 ; 58,7 et 34,8 %. ABOUD (7) trouve des pourcentages moindres soit respectivement 87,2, 25,5 et 25,5 %.

Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la consultation est de 7 mois dans notre série, il est bien supérieur à celui de RATANAHIRANA à Madagascar (3) qui trouve une moyenne de 1 mois. Comme le souligne RATANAHIRANA dans son étude les facteurs à l'origine de retard diagnostique sont d'ordre médical, humain et technique, géographique et social.

Dans nos régions, il existe des considérations sociales qui empêchent les femmes d'un certain âge souvent ménopausées de consulter pour des signes à localisation pelvienne (mètrorragies, douleurs pelviennes, leucorrhées).

Ces contraintes pourraient expliquer les longs délais de consultation et les diagnostics à des stades inopérables. En

effet, 89,1 % de nos patientes étaient à un stade chirurgical dépassé.

### **Histologie**

Nous avons noté tout comme ABOUD (7) la prédominance des carcinomes épidermoïdes dans respectivement 97,3 et 93 % des cas. Le seul cas d'adénocarcinome que nous avons noté l'était chez une patiente de 49 ans. La taille de notre échantillon et notre méthodologie ne nous permet certes pas de comparer nos résultats à d'autres études beaucoup plus spécifiques qui soulignent la prédominance des adénocarcinomes avant 35 ans (5, 6).

### **V - CONCLUSION**

Le cancer du col utérin occupe la deuxième place des cancers génitaux féminins dans notre série. L'âge moyen des patientes était de 48 ans. La plupart d'entre elles étaient sans profession rémunérée, grandes multipares et présentaient un cancer du col à un stade chirurgical dépassé. La consultation tardive pourrait être liée au frein que constituent certaines considérations sociales.

Aussi donc nous préconisons une sensibilisation de la population sur la pathologie cancéreuse et l'importance du dépistage dans le cancer du col.

Au personnel de santé nous demandons une meilleure implication dans le dépistage du cancer du col.

### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - SCHAAUB S., ALAUZET E., SCHAFFER P., ROBILLARD J., MENEGOZ F.  
Épidémiologie descriptive des cancers gynécologiques et mammaires.  
Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1992, 87, 12 : 577-85.
- 2 - PHILIPPE E., CHARPIN C.  
Pathologie gynécologique et obstétricale.  
Masson Ed., Paris 1993.
- 3 - RATINAHINANA S., RAZANAMPARANY P.V., RAZAFINTSALAMA B., RANDIRAMAMPANDRY A., RAVAORARISON J., RABARIJAONA L., RANJATOARIVELO J., ANDRIAMANALINA N.  
Etude de 79 dossiers de cancers invasifs du col utérin dans le service de cancérologie d'Antananarivo. Peut-on améliorer les délais diagnostiques ?  
Cahiers Santé 1995 ; 5 : 195-8.
- 4 - DARGENT D., KOUAKOU F., CHOMIER M., ADELEINE P.  
Cancer du col chez les femmes de 35 ans et moins : une nouvelle maladie ?  
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1993, 86, 11 : 635-8.
- 5 - MARIE G., BARJOT PH., CROUET H., MACE-LESECH J., DOMMESENT D., UZAN M.  
Le cancer cervical de la femme jeune.  
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1993, 22 : 743.
- 6 - THOME SAINT-PAUL M., BREMOND A., ROCHE Y.

Le cancer du col utérin avant 35 ans : aspects épidémiologiques et pronostiques.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1993, 22 : 737-42.

7 - ABOUD 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.

8 - YOMI J., MONKAM G., TAGNI D., DOH A.

Traitements des cancers du col utérin : notre expérience à l'Hôpital général de Yaoundé à propos d'une série de 111 malades.

Médecine d'Afrique Noire, 1996, 43 (3) : 150-4.

9 - EPOPA A.

Rôle des cervicités à Chlamydia dans les dysplasies et carcinomes du col utérin. A propos d'une étude réalisée dans trois formations sanitaires à Yaoundé.

Thèse de Médecine, Yaoundé 1988.

10 - ROGO K.O., OMANY J., ONYANGO J.N., OJWANG S.B., STANDAHL U.

Carcinoma of the cervix in the African setting.

Int. J. Gyn. Obstet. 1990, 33 : 249-55.