

TRAITEMENT DES LÉSIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS. EXPERIENCE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIBREVILLE

J.P. NGOU MVE NGOU, N. AMBOUNDA, K. NGOU MVE NGOU, O. MEYE, S. OGOULA,
A. SANON

RESUME

Objectif : Etudier le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et interventionnelle portant sur les femmes sexuellement actives ou non, 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 : Nous rapportons 348 cas de lésions précancéreuses traitées exclusivement par méthode chirurgicale au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville du 1er janvier 2018 au 1er janvier 2023. L'âge moyen de femmes dépistées était de 39 ans, extrêmes 15 et 64 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'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et l'inspection visuelle à l'acide au Lugol (IVL) étaient 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%. La colposcopie a été réalisée chez 227 patientes, soit 65,2%. Le traitement chirurgical a été de première intention.

Conclusion : Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus permet un traitement curatif par un geste conservateur. Cependant, le risque de récurrence et la perception de l'injection virale en l'absence de traitement spécifique font qu'une surveillance rigoureuse et prolongée reste nécessaire dans notre contexte.

Mots-clés : Traitement ; Lésions précancéreuses et cancéreuses ; IVA-IVL ; Colposcopie ; Gabon.

SUMMARY

**Treatment of precancerous lesions of the cervix.
Experience of the Libreville University Hospital Center.**

Objective: To study the treatment of precancerous lesions of the cervix at the obstetric gynecology department of the Libreville University Hospital Center.

Methods: This was a cross-sectional, descriptive and interventional study on sexually and non-sexually active women who came for cervical cancer screening and who agreed to participate in the study. The texts of the tables and graphs were entered on the Word and Excel 2016 software and the data analysis was carried out on the SPSS 20 software.

Results: We report 348 cases of precancerous lesions treated exclusively by the surgical method at the Libreville University Hospital Center from January 1, 2018 to January 1, 2023. The average age of women screened was 39 years, extremes 15 and 64 years. Most of them were single, multigests, pauciparous and multiparous, with early sexual activity between 12 and 17 years of age, not using any contraception with a history of chlamydia infection. The overall positivity rate of visual infection with acetic acid and visual infection with Lugol was 27%. Colposcopic examination was systematic in all women with a positive test. In this sample, precancerous lesions were 1.8% with a predominance of low-grade dysplasia at 1.2% and cervical cancer represented 0.5%. Colposcopy was performed in 227 patients, or 65.2%. Surgical treatment was first-line.

Conclusion: Screening for precancerous cervical lesions allows curative treatment with a conservative gesture. However, the risk of recurrence and perception of viral injection in the absence of specific treatment mean that rigorous and prolonged monitoring remains necessary in our context.

Keywords: Treatment; prejudice and cancer; AVI – LVI; Colposcopy; Libreville; Gabon.

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus (CCU), est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome qui se développe au dépend du col de l'utérus [1]. Le CCU a pour cause essentielle une

infection persistante par le papillomavirus humain (PVH) oncogène (16 et 18). Il faut en moyenne une quinzaine d'années pour qu'un cancer invasif du col de l'utérus se développe. Le PVH est détectable par le test PVH et les transformations atypiques sont décelées à l'aide des méthodes d'inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol (IVA/IVL) et les lésions

Tirés à part : J.P. NGOU MVE NGOU : Service de Gynécologie-Obstétrique. Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

NGOU MVE NGOU J.P., AMBOUNDA N., NGOU MVE NGOU K., MEYE O., OGOULA S., SANON A. Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville; Journal de la SAGO, vol.26, n°3, p 14-17.

précancéreuses sont diagnostiquées par l'histologie (le frottis cervico-utérin). Depuis 2006 des vaccins contre le PVH 16 et 18 sont disponibles mais ne dispensent pas du dépistage [2-3]. Et le traitement des lésions précancéreuses est possible.

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus se situe au deuxième rang des cancers de la femme en termes d'incidence avec plus de 500000 nouveaux cas par an et au premier rang en termes de mortalité avec 260.000 décès par an en [4].

Dans les pays en développement, c'est le premier cancer féminin en terme d'incidence et de mortalité. Au Gabon, le cancer du col de l'utérus constitue un véritable problème de santé publique du fait de sa fréquence élevée.

L'objectif de notre travail était d'étudier le traitement chirurgical des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans notre contexte.

I. METHODOLOGIE

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et interventionnelle réalisée chez les participantes durant la période de 1er janvier 2019, au 1er janvier 2023.

Nous avons inclus toutes les femmes sexuellement actives ou non ayant bénéficié du dépistage des lésions précancéreuses du cancer du col. Nous avons exclus 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 Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (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 sociodémographiques, 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 du Gabon. 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 sociodémographiques 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.

II. RESULTATS

Nous rapportons 348 cas de lésions précancéreuses, traitées exclusivement par méthode chirurgicale au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville de 2019 à 2023.

Tableau I : Répartition des patientes suivant l'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
< 30 ans	51	11,8
30-39 ans	104	41,3
40-49 ans	106	32,8
50-59 ans	58	11,2
> 60 ans	29	2,9
Total	348	100

Dans la grande majorité des cas, l'IVA/IVL a révélé des anomalies et conduit à la colposcopie chez des patientes asymptomatiques.

Tableau II : Répartition des patientes suivant les résultats de la biopsie

Age	Effectif	%
Normal	15	10,9
TAG I	3	2,2
TAG II	27	19,8
TAG III	36	26,3
Epithelioma in situ	41	29,9
Epithélioma micro invasif	15	10,9
Total	137	100

Le traitement chirurgical a été de première intention (Tableau III). L'indication opératoire a concerné 45 patientes, qu'elles soient non ménopausées ou ménopausées.

Tableau III : Traitement chirurgical

Patientes	Non ménopausées	Ménopausées	Total
Chirurgie			
Résection à l'anse diathermique	11	7	18
Conisation à froid	3	5	8
Conisation à l'anse diathermique	2	8	10
Hystérectomie totale	1	3	4
Hystérectomie élargie	2	3	5
Total	19	26	45

IV. 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 Roset et al [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 Dupont [6].

Dans notre étude, l'âge moyen était 39 ans. Adefuye et al en 2015 au Nigéria [7] et Murillo R et al 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 [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 des séries rapportés par Roset et Ferlay [5,10]. La majorité des femmes dépistées ont un âge du 1er 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 et al [11]. Ce résultat marque la précocité de rapport sexuel dans nos contrées. Ces participantes avaient un risque multiplié par deux selon Shiffman et al [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 et al [13]. Cette tendance est retrouvée dans l'étude de Ferlay et al [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

Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus permet un traitement curatif par un geste conservateur.

Cependant, le risque de récurrence et de persistance de l'infection virale en l'absence de traitement spécifique font qu'une surveillance rigoureuse et prolongée reste nécessaire dans notre contexte.

RÉFÉRENCES

1. **Dargent D.** Évaluation et traitement des cancers du col. La revue du praticien 2001 ; 51 13 : 132-36.
2. **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.
3. **Murillo R, Luna J, Gamboa O, Osorio E, Bonilla J, Cendales R, et al.** Cervical cancer screening with naked-eye visual inspection in Colombia, international journal of Gynecology and Obstetrics 2011; 109: 230-4.
4. **Adefuye A, Sales K.** Regulation of inflammatory pathways in cancer and infectious disease of the cervix. Scientifica (Cairo).2012; 2012: 548150. PubMed/Google scholar.
5. **Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al.** 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.

6. **Boulanger JC, Gondryj, Verhoest P.** Colposcopie. Elsevier Masson ; SAS 2011.
7. **Duport N, Heard I, Barré S, et al.** Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bull Epidémiol Hebd. 2014 ; (13-15) : 220-1.
8. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al.** Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2014; 28:6-9, 15-16, 18.
9. **Union Internationale des Télécommunications.** Rapport Mesurer la société de l'information 2015. Résumé Analytique ; S.d. Genève-Suisse : S.n. ; 2015
10. **Roset Bahmanyar E, Paavonen J, Naud P, et al.** 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. **Monsonogo J. Indications de la colposcopie. In Marchetta J ; Deschamps P.** La colposcopie: Technique et diagnostics 3eme ed Copyright 2012 Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux.
12. **Shi JF et al.** Estimation of the costs of cervical cancer screening, diagnosis and treatment in rural Shanxi Province, China: a micro-costing study. BMC Health Services Research 2012; 12:123.
13. **Bagga R, Suri V, Srinivasan R, et al.** Feasibility of using mobile smartphone camera as an imaging device for screening of cervical cancer in low-resource setting. J Postgrad Med Edu Res 2016; 50 2: 69-74
14. **Richard-Gauthier D, Wisniak A, Catarino R, et al.** Use of smartphone as adjuvant tools for cervical cancer screening in low-resource settings. J Lower Tract Dis 2015; 19: 295-300
15. **Hillmann Ede C, Dos Reis R, Monego H, et al.** Cervical digital photography for screening of uterine cervix cancer and its precursor lesions in developing countries. Arch Gynecol Obstet. 2013 Jul; 288 1: 183-9.