



UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude épidémiologique du cancer du col de l'utérus lors d'une
campagne de dépistage menée à Pointe-Noire en République du
Congo en 2014**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Octobre 2019 à 16H00
au Pôle Formation
Par Charles **OUOLO-IMMATH**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de Thèse :

Monsieur Docteur Guy-Serge KESSY

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

<<L'erreur est humaine, persévérer dans l'erreur est diabolique>>

SENEQUE

<<Vivre c'est la chose la plus rare du monde, la plupart des gens ne font qu'exister>>

Oscar WILDE

<<Vanités de vanités, tout est vanité>>

L'ecclésiaste

Liste des abréviations

ADN : Acide désoxy Nucléique

A.CISSE : Adolphe CISSE

ALLIAM : Alliance des ligues francophones Africaines et Méditerranéennes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

GLOBOCAN : New Global Cancer Data

HPV : Human Papilloma Virus

HTA : Hyper Tension Artérielle

PAMJ : Pan African Medical Journal

PEV : Pays En Voie De Développement

PIB : Produit Intérieur Brut

Table des matières

Résumé.....	13
Présentation du Congo Brazzaville.....	14
Géographie physique.....	14
Géographie économique.....	16
Introduction.....	18
Physiopathologie.....	19
Matériels et Méthode.....	20
I. Résultats et analyse de l'échantillon.....	23
A. Analyse de l'échantillon.....	23
Population.....	23
- Taille définitive de l'échantillon.....	23
Tab 1: Taille définitive de l'échantillon .1033 femmes ont été incluses, 95 exclues.....	23
- Nombre d'accouchements par femme.....	25
- Moyenne des avortements spontanés.....	27
- Nombre d'avortements provoqués.....	29
- Partenaires sexuels.....	31
- Précocité des rapports sexuels.....	32
- Utilisation d'une contraception.....	32
- Données cliniques.....	34
B. Analyse des résultats.....	35
Tab 15 : rapports sexuels avant réalisation du frottis.....	35
C. Résultats de la cytologie selon la classification de BETHESDA.....	37
Répartition des lésions en fonction des cofacteurs de risque.....	39
Précocité des rapports sexuels.....	39
Comportement sexuel.....	40
Contraception orale.....	42
Nombre d'accouchements.....	43
II. Discussion.....	44
A. Co facteurs de risque et lésions précancéreuses.....	45
Comportement sexuel.....	45
Âge des premiers rapports sexuels.....	45
Nombre de partenaires sexuels.....	46
Usage du préservatif.....	47

Utilisation de la contraception orale	47
Nombre d'accouchements	48
B. Biais de l'étude	49
Biais de sélection	49
Biais de co facteurs de risque	49
Biais d'élaboration du questionnaire	49
Biais de déclaration	49
C. Force de l'étude	50
D. Faiblesse de l'étude.....	50
E. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.....	51
F. Lutte contre le cancer du col de l'utérus.....	52
Prévention primaire	52
Prévention secondaire	53
Prévention tertiaire.....	55
G. Perspectives et enjeux	56
Perspectives	57
Conclusion	58
Annexe	59
Rappels anatomiques du col de l'utérus	59
Anatomie macroscopique	59
Anatomie microscopique	61
Techniques de réalisation du frottis cervico- vaginal.....	64
Feuille de transmission	64
Bibliographie.....	67

Résumé

Contexte : Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le monde et première cause de mortalité féminine dans les pays en voie de développement(1) avec 570 000 nouveaux cas et 311000 décès à travers le monde en 2018 en majorité dans les pays en voie de développement(2).

Le Congo Brazzaville est l'un des pays les plus touchés en Afrique sub-saharienne avec une incidence de 25,6 pour 100000 et une mortalité de 13 femmes pour 100000(3). Le cancer du col peut être évité grâce au dépistage, la vaccination contre HPV et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive prospective transversale menée en Juin 2014 à Pointe Noire ville de la république du Congo, étude réalisée dans le cadre d'une campagne de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et recherche des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires : HTA, diabète, obésité.

Le but est de déterminer la prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses en rapport avec des cofacteurs de risque du cancer du col de l'utérus.

La population étudiée était des femmes majeures âgées de moins de 74 ans, se présentant spontanément pour un dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus à Pointe Noire du 23 juin au 3 juillet 2014.

1128 femmes se sont présentées spontanément ,1033 ont été incluses et 95 exclues. Les frottis étaient lus sur place, les patientes avec des lésions de haut grade ont été convoquées pour réaliser une colposcopie complétée si nécessaire d'une biopsie faite sur place et lue au CHU de Brazzaville.

Résultats : La moyenne d'âge de notre échantillon était de 44,15 ans.

1033 frottis ont été étudiés , 51 colposcopies ont été réalisées dont 38 biopsies.

Les femmes qui avaient un frottis antérieur anormal documenté passaient directement la colposcopie. 44 cytologies étaient anormales selon la classification de BETHESDA.

31 femmes avaient une lésion de bas grade ,11 avaient une lésion de haut grade et.

Quatre cas de cancers malpighiens ont été trouvés : Deux cancers invasifs et deux cancers in situ.

Présentation du Congo Brazzaville

Géographie physique

Le Congo-Brazzaville est situé en Afrique centrale. Il partage ses frontières :

- Au nord avec la république centrafricaine
- A l'ouest avec le Gabon
- A l'est et au sud-est par la République Démocratique du Congo.
- Au Nord-est avec le Cameroun
- Au Sud avec l'enclave du Cabinda.

Sa superficie est de 342 000 km² avec une population d'environ 5 092 127 Millions d'habitants au recensement de 2017(4).

La capitale politique est BRAZZAVILLE.

POINTE – NOIRE la deuxième ville du pays est la capitale économique située au sud-ouest du pays dans le département du Kouilou. Ville côtière avec une forte activité d'extraction pétrolière. Elle comptait en 2017 près de 715 334 habitants(4).**(Fig. 1)**

Fig1 : carte du Congo montrant la ville de Pointe Noire.



Géographie économique

L'économie congolaise est très peu diversifiée, sa structure principale est basée sur la production pétrolière qui représente 60% de son PIB. 75% des recettes publiques et 90% des recettes d'exportation.

L'organisation administrative du système de santé du Congo Brazzaville comporte trois niveaux :

- Niveau central représenté par les cabinets ministériels et les services attaches.
- Le niveau intermédiaire représenté par les départements médicaux qui jouent le rôle d'appui aux districts sanitaires.
- Le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires.

Le Congo compte 41 districts sanitaires dont 12 présentent un niveau de développement satisfaisants, 20 ont un niveau peu satisfaisant et 9 districts sanitaires qui ne sont pas engagés dans un processus de développement. Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 7 hôpitaux généraux(5).**(Photo1)**



Photo 1 : Hôpital A. Cisse Pointe Noire

Hôpital central de pointe noire qui dessert les départements de Pointe Noire , du Kouilou ,du Niari et de la Bouenza .

Introduction

Le cancer du col de l'utérus est un vrai problème de santé publique particulièrement dans les pays en voie de développement.

Il est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le monde après le cancer du sein avec près de 570000 nouveaux cas et 311000 décès dans le monde(2).

La mortalité dans les pays en voie de développement est en constante augmentation.

En 2012 selon GLOBOCAN la mortalité dans les pays d'Afrique francophone était de 14.736 avec une mortalité prévisionnelle en 2030 estimée à 25808 décès(6).

L'infection par Human Papilloma Virus est la cause centrale nécessaire mais non suffisante à la survenue du cancer du col de l'utérus(7).

Les cofacteurs incluant :

- l'immunodépression en particulier la co-infection avec le HIV
- le tabagisme
- la multiparité
- la contraception orale
- précocité des rapports sexuels
- le comportement sexuel

augmentent le risque de survenue du cancer(2)(8).

La transmission du virus HPV se fait essentiellement par voie sexuelle , mais elle n'est pas exclusive(9). Une étude de dépistage de HPV menée par **TAY SUN-KUIE** et *Col.* En 1990 montrait une prévalence de 51,1% de HPV positive chez les jeunes filles vierges(10) cela suggère d'autres formes de contamination telle que la contamination par contact(11).

La plupart des infections HPV ont une clairance spontanée mais ces infections peuvent persister chez 10 à 20 % des femmes avec un risque de progression vers une lésion néoplasique intra épithéliale (CIN) , et , éventuellement vers une lésion cancéreuse(12).

Physiopathologie

L'infection à HPV au niveau des cellules de la couche basale de l'épithélium cervical se traduit par une intégration de l'ADN viral au niveau du génome cellulaire conduisant à l'expression des protéines virales E6 et E7 au sein des cellules infectées. Ces protéines ont une action inhibitrice de certains gènes suppresseurs de tumeur p53 et pRb entraînant une instabilité génétique, source d'événements mutationnels au niveau de l'ADN des cellules infectées. L'accumulation de mutations va aboutir à la transformation des cellules infectées en cellules dysplasiques puis en cellules cancéreuses(12).

Il existe près de 200 génotypes du virus HPV, 40 ont un tropisme au niveau du tractus génital(3). Les génotypes 16 et 18 représentent les sous types ayant une forte oncogénicité(13).Le génotype 16 est retrouvé dans 20,2 % des lésions à haut risque dans une étude menée par **Michela. L** et *Col* en juin 2013(14), et dans 47,1% des lésions de haut grade dans l'étude de **BOUMBA L.** et *Col* en 2014(3).

En Afrique sub-saharienne l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus est de 34,8 pour 100.000 femmes avec une mortalité de 22,5 pour 100.000 femmes(3).

En République du Congo l'incidence annuelle est de 26,3 pour 100.000 femmes(15).

Notre étude réalisée dans la communauté urbaine de Pointe-Noire avait pour but de rechercher le taux de prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses en fonction des cofacteurs de risque liés aux développement des lésions néoplasiques précurseurs du cancer col de l'utérus.

Matériels et Méthode

C'est une étude épidémiologique descriptive et prospective, transversale unique de dépistage du cancer du col de l'utérus.

La population cible est une population urbaine de la ville de Pointe Noire. Le recrutement était non aléatoire tout venant.

La population étudiée était les femmes majeures âgées de moins de 74 ans se présentant spontanément pour un dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus à Pointe Noire pendant 10 jours. (Du 23 juin au 3 juillet 2014)

L'information sur l'étude était faite aux moyens de la télévision, radio, les affichages publicitaires.

L'équipe était constituée :

- 1 gynécologue
- 4 médecins généralistes
- 4 infirmiers
- 1 pharmacien
- 1 interne
- 1 anatomo pathologiste
- 1 informaticien
- Des bénévoles

Les outils de dépistage comprenaient :

- Des spéculums jetables
- 2 échographes
- Équipement de lecture en milieu liquide et lames
- 1 colposcope avec pinces à biopsie
- Des brosses de prélèvement
- Des sprays de fixation pour lames
- Des écouvillons.

L'organisation était celle d'un hôpital de brousse avec des tentes administratives.

Un poste infirmier avancé et quatre postes de prélèvement.

Une information claire concernant l'étude a été donnée aux femmes, leur consentement est recueilli oralement conformément aux règles du pays.

Une fois le consentement recueilli, les femmes répondaient à un questionnaire médical.

Les données démographiques et gynécologiques ont été enregistrées informatiquement.

Elles comprenaient :

- L'âge civil
- L'âge des premiers rapports sexuels
- Le nombre de partenaires dans la vie
- L'utilisation d'une contraception orale
- L'utilisation d'un préservatif
- Le nombre d'accouchements
- Le nombre de fausses couches spontanées
- Le nombre d'avortements provoqués
- Présence de métrorragies, de ménorragies
- Douleurs pelviennes
- Présence de leucorrhées

Les critères d'inclusion étaient toutes les femmes de 18 à 74 ans.

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Jeunes filles n'ayant jamais eu de rapports sexuels
- Jeunes filles ayant eu un seul rapport sexuel.
- Femmes âgées de plus de 75 ans
- Hystérectomie totale
- Cancer du col connu

Les femmes réglées étaient re-convoquées.

Un examen clinique était réalisé.

Les frottis étaient réalisés en milieu liquide, lus sur place et présentés selon la classification de BETHESDA. La qualité du frottis était notée.

Les femmes qui avaient présenté un résultat de frottis satisfaisant de moins d'un an étaient exemptées d'un nouveau frottis. Celles qui avaient une lésion évidente à l'examen clinique passaient directement une colposcopie.

Les frottis anormaux bénéficiaient d'une biopsie envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique de Brazzaville.

Les patientes étaient informées de la conduite à tenir en cas de biopsie anormale.

Cette étude est soutenue par l'association « **SOS Femme Elikia** » dont les actions sont destinées aux femmes congolaises défavorisées en partenariat avec «Solidarité médicale sans frontières » (SMSF) association solidarité loi 1901 à but médical du littoral Pas-de-Calais, constituée essentiellement de médecins. Elle s'inscrit dans le cadre d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein, diabète, HTA et obésité androïde.

Tous les cas de cancer bénéficiaient d'une initiation thérapeutique.

I. Résultats et analyse de l'échantillon

Les analyses statistiques ont été réalisées par le cabinet de bio statistiques **student stats**.

A. Analyse de l'échantillon

Population

- Taille définitive de l'échantillon

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Exclues	95	8%	[7%;10%]
Inclues	1033	92%	[90%;93%]

Tab 1: Taille définitive de l'échantillon .1033 femmes ont été incluses, 95 exclues

La taille initiale de l'échantillon était de 1128 femmes , 95 ont été exclues , soit une taille définitive de 1033 femmes incluses.

- Moyenne d'âge de l'échantillon

La moyenne d'âge dans notre échantillon était de 44,15 ans. (Tab2) (Fig. 2)

	Valeur
Moyenne	44.15
Écart Type	11.86
IC 95% moyenne	43.42-44.87
Médiane	45
Écart Inter-quartile	17
Minimum	18
1er Quartile	36
2ème Quartile (médiane)	45
3ème Quartile	53
Maximum	74
Valides	1033

Valeurs manquantes : 0

Tab 2 : Age moyen de l'échantillon.

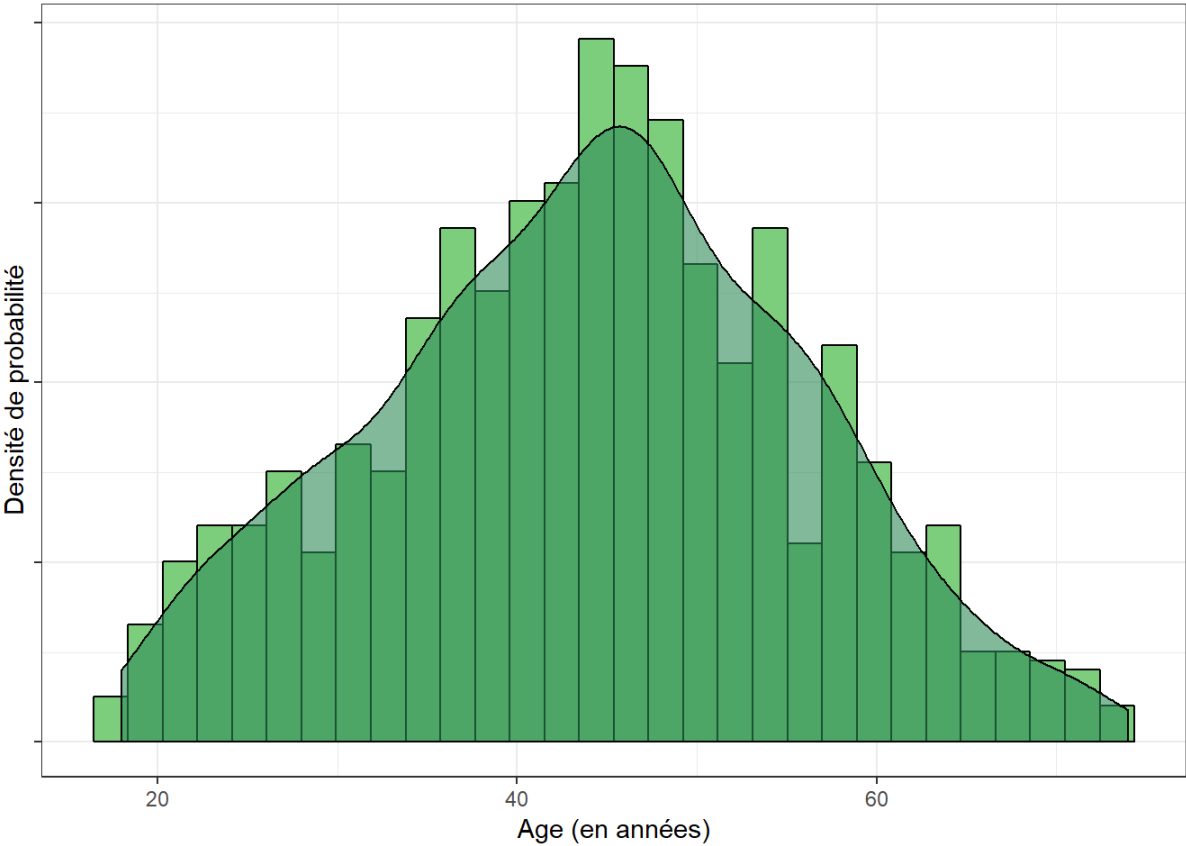


Fig. 2 : Montrant la dispersion des âges de notre échantillon.

- Nombre d'accouchements par femme

Dans notre échantillon le nombre d'accouchement par femme était en moyenne de 3,14 enfants avec un intervalle de confiance à 95 % (2,99 -3,29). **(Tab 3) (Fig3)**

152 femmes soit 15 % de notre échantillon avaient quatre enfants, et 255 avaient plus de 4 enfants soit 23 % de notre échantillon.

La fécondité en milieu urbain est de 4,5 enfants contre 6,5 en milieu rural(16).

Valeur

Moyenne	3.14
Écart Type	2.42
IC 95% moyenne	2.99-3.29
Médiane	3
Écart Inter-quartile	3
Minimum	0
1er Quartile	1
2 ^{ème} Quartile (médiane)	3
3 ^{ème} Quartile	4
Maximum	15
Valides	1033

Valeurs manquantes : 0

Tab 3 : moyenne d'accouchements par femme

Nombre d'enfants	Effectifs	Pourcentage	IC 95%
0	135	13%	[11%;15%]
1	168	16%	[14%;19%]
2	161	16%	[13%;18%]
3	162	16%	[14%;18%]
4	152	15%	[13%;17%]
5	94	9%	[7%;11%]
6	64	6%	[5%;8%]
7	34	3%	[2%;5%]
8	25	2%	[2%;4%]
9	22	2%	[1%;3%]
10	11	1%	[1%;2%]
11	2	0%	[0%;1%]
12	2	0%	[0%;1%]
15	1	0%	[0%;1%]

Total échantillon : 1033 , valeurs manquantes : 0

Tab 4 : relevant le pourcentage d'accouchements des femmes dans notre échantillon.

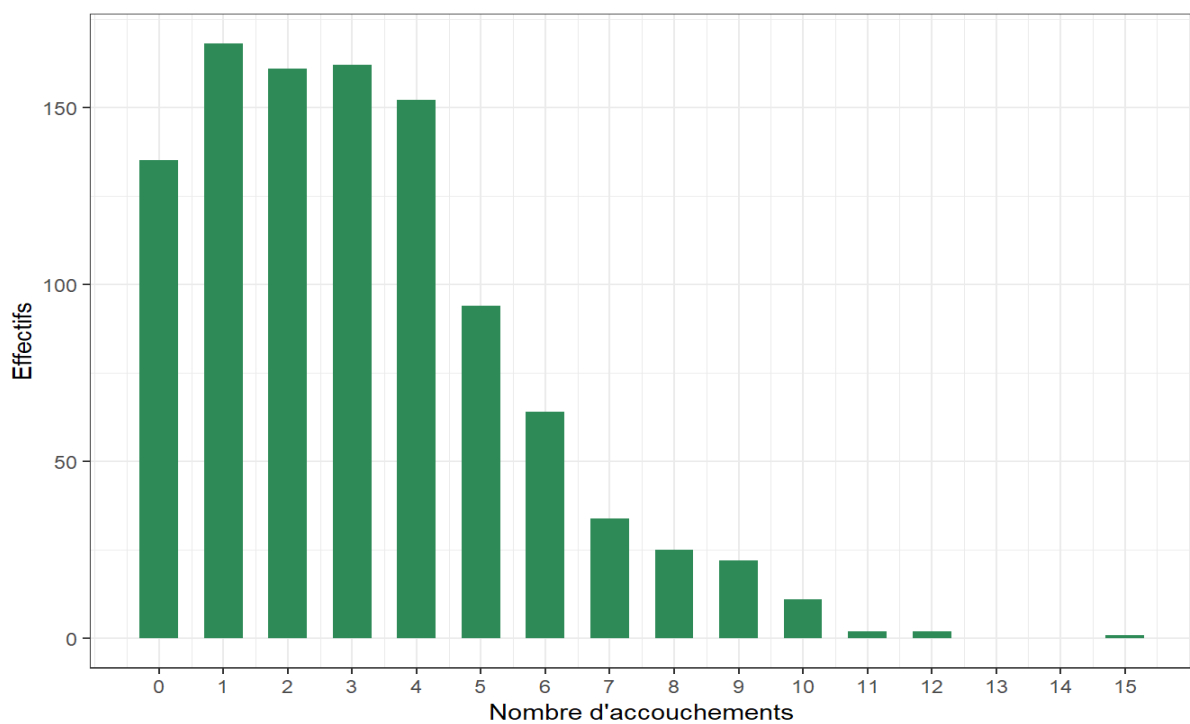


Fig 3 : nombre d'accouchements moyen

- Moyenne des avortements spontanés

Elle était de 0,41 Avec un intervalle de confiance à 95 % (0,36-0,46). (Tab5)

15 % des femmes avaient eu un seul avortement spontané, 3 % des femmes avaient trois ou plus de 3 avortements spontanés. (Tab 6)(Fig. 4)

	Valeur
Moyenne	0.41
Écart Type	0.87
IC 95% moyenne	0.36-0.46
Médiane	0
Écart Inter-quartile	0
Minimum	0
1er Quartile	0
2ème Quartile (médiane)	0
3ème Quartile	0
Maximum	6
Valides	1033
Valeurs manquantes : 0	

Tab 5 : moyenne Avortements spontanés

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
0	775	75%	[72%;78%]
1	152	15%	[13%;17%]
2	72	7%	[5%;9%]
3	17	2%	[1%;3%]
4	10	1%	[0%;2%]
5	5	0%	[0%;1%]
6	2	0%	[0%;1%]

Valeurs manquantes : 0

Tab 6 : montrant le nombre d'avortements spontanés.

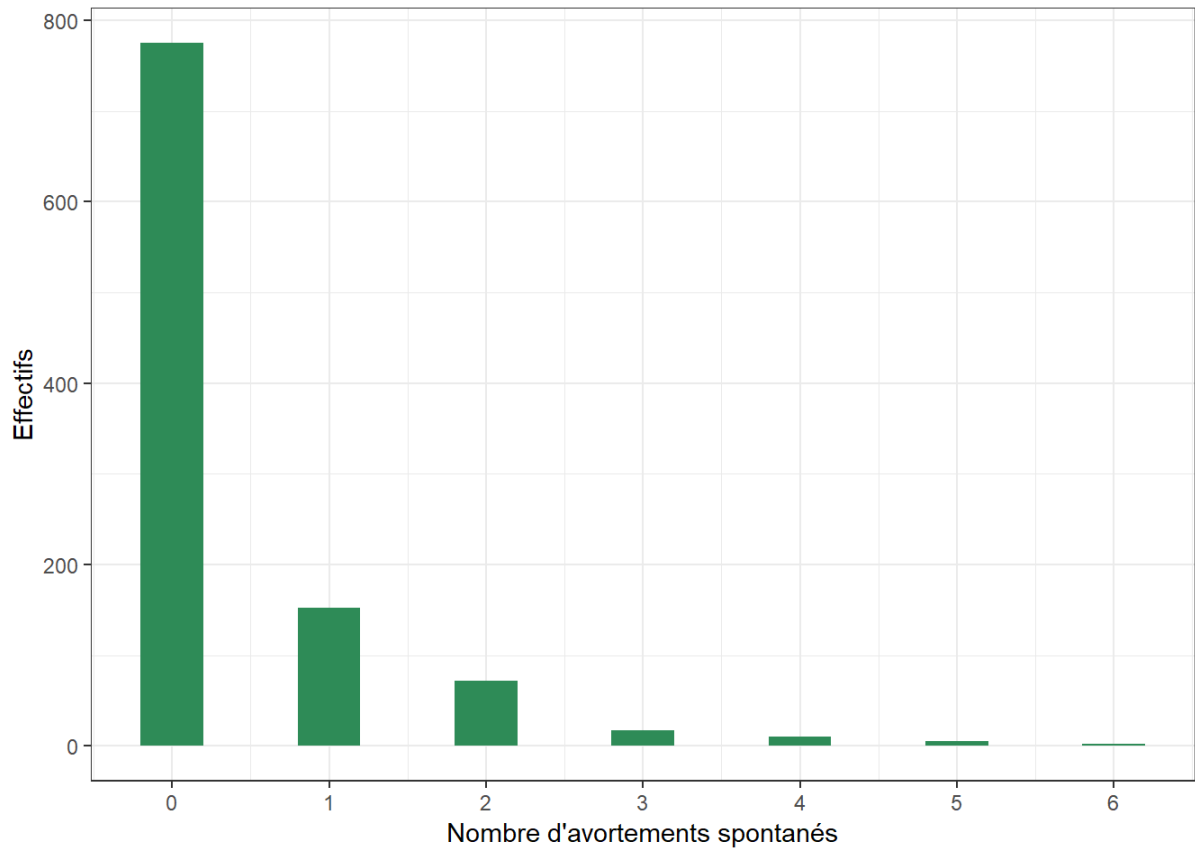


Fig 4 : Nombre d'avortements spontanés

- Nombre d'avortements provoqués

Le nombre d'avortement provoqués étaient en moyenne de 1,43 par femme avec un intervalle de confiance à 95% (1,33-1,53) (**Tab7**) (**Fig.5**).

Au moins 21% de femmes dans notre échantillon avaient eu recours à l'avortement provoqué. (**Tab 8**)

	Valeur
Moyenne	1.43
Écart Type	1.65
IC 95% moyenne	1.33-1.53
Médiane	1
Écart Inter-quartile	2
Minimum	0
1er Quartile	0
2ème Quartile (médiane)	1
3ème Quartile	2
Maximum	20
Valides	1033
Valeurs manquantes : 0	

Tab 7 : moyenne d'avortements provoqués

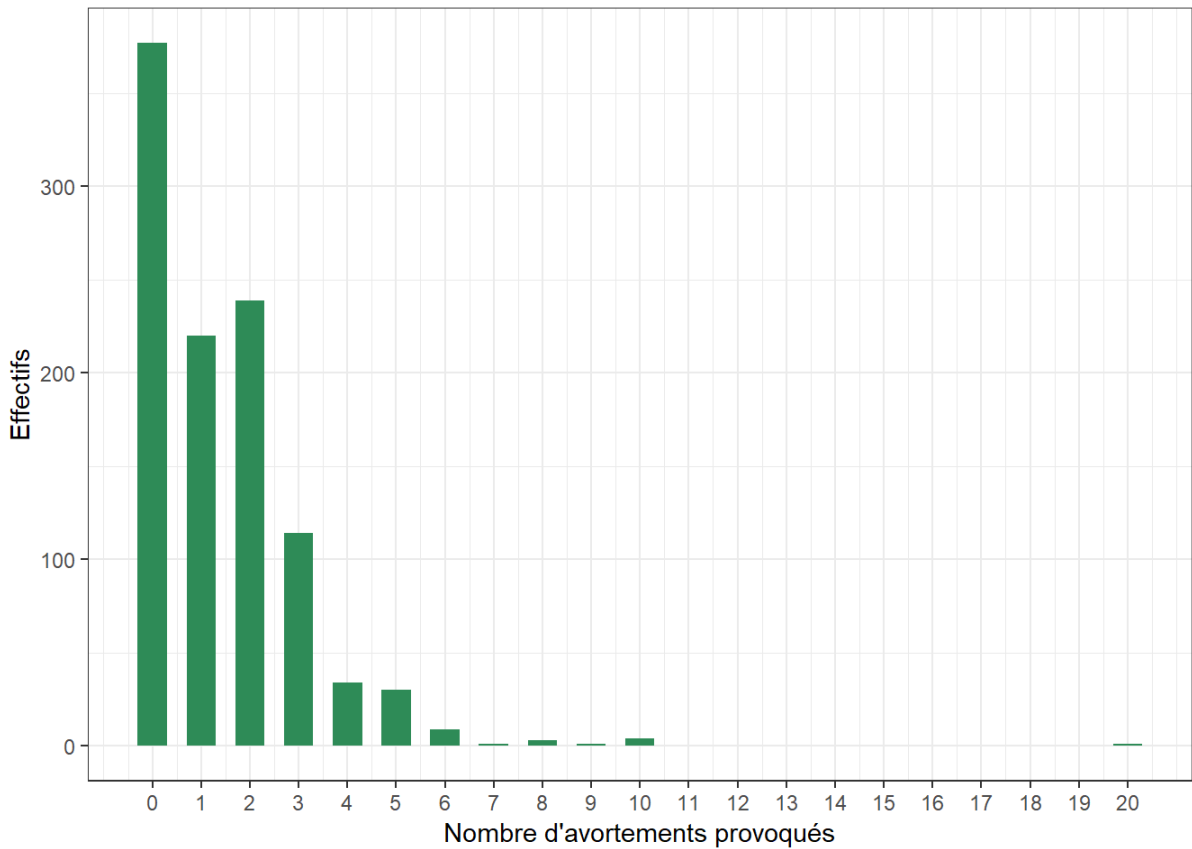


Fig. 5 : nombre d'avortements provoqués

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
0	377	36%	[34%;40%]
1	220	21%	[19%;24%]
2	239	23%	[21%;26%]
3	114	11%	[9%;13%]
4	34	3%	[2%;5%]
5	30	3%	[2%;4%]
6	9	1%	[0%;2%]
7	1	0%	[0%;1%]
8	3	0%	[0%;1%]
9	1	0%	[0%;1%]
10	4	0%	[0%;1%]
20	1	0%	[0%;1%]

Valeurs manquantes : 0

Tab 8 : pourcentage des femmes ayant eu recours à l'avortement provoqué.

- Partenaires sexuels

545 femmes avaient entre 2 et 5 partenaires sexuels soit 55 %. 20 % avaient connu un seul partenaire et 48 femmes étaient indécises sur le nombre de partenaires.

(Tab 9)(Fig. 6)

Nombre de partenaires	Effectifs	pourcentage	IC 95%
Aucun	11	1%	[1%;2%]
Un seul	201	20%	[18%;23%]
Entre 2 et 5	545	55%	[52%;58%]
Entre 6 et 10	165	17%	[14%;19%]
Plus de 10	63	6%	[5%;8%]

Valeurs manquantes : 48

Tab 9 : pourcentages des partenaires sexuels

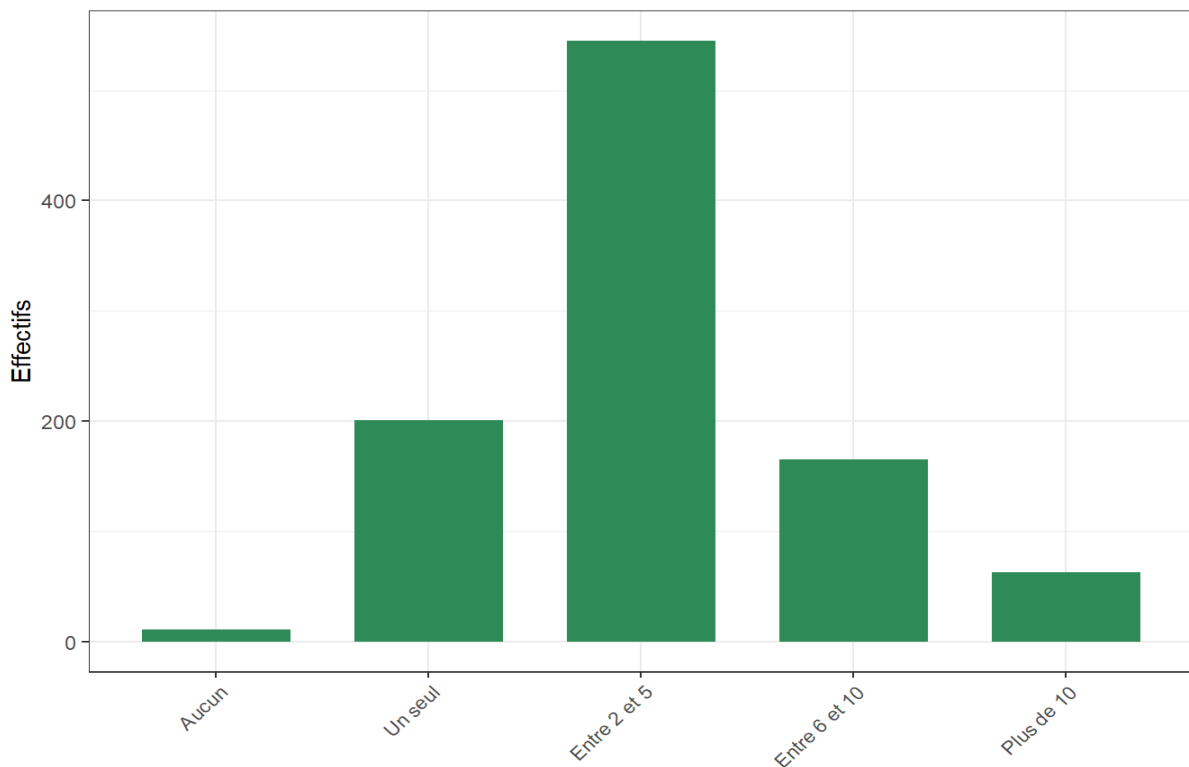


Fig. 6 : nombre de partenaires sexuels

- Précocité des rapports sexuels

75 % des femmes dans notre étude avaient eu des rapports avant 18 ans.(**Tab10**).
29 femmes ne pouvaient se prononcer sur l'âge de leurs premiers rapports sexuels.

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Inférieur ou égal à 18 ans	755	75%	[72%;78%]
Au delà de 18 ans	249	25%	[22%;28%]

Valeurs manquantes : 29

Tab10 : Age des premiers rapports sexuels

- Utilisation d'une contraception

17 % des femmes utilisaient régulièrement le préservatif contre seulement 6 % qui avaient une contraception orale (**Tab11**) (**Fig.7**).

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Préservatif	176	17%	[15%;19%]
Contraception orale	62	6%	[5%;8%]

Tab11: type de contraception

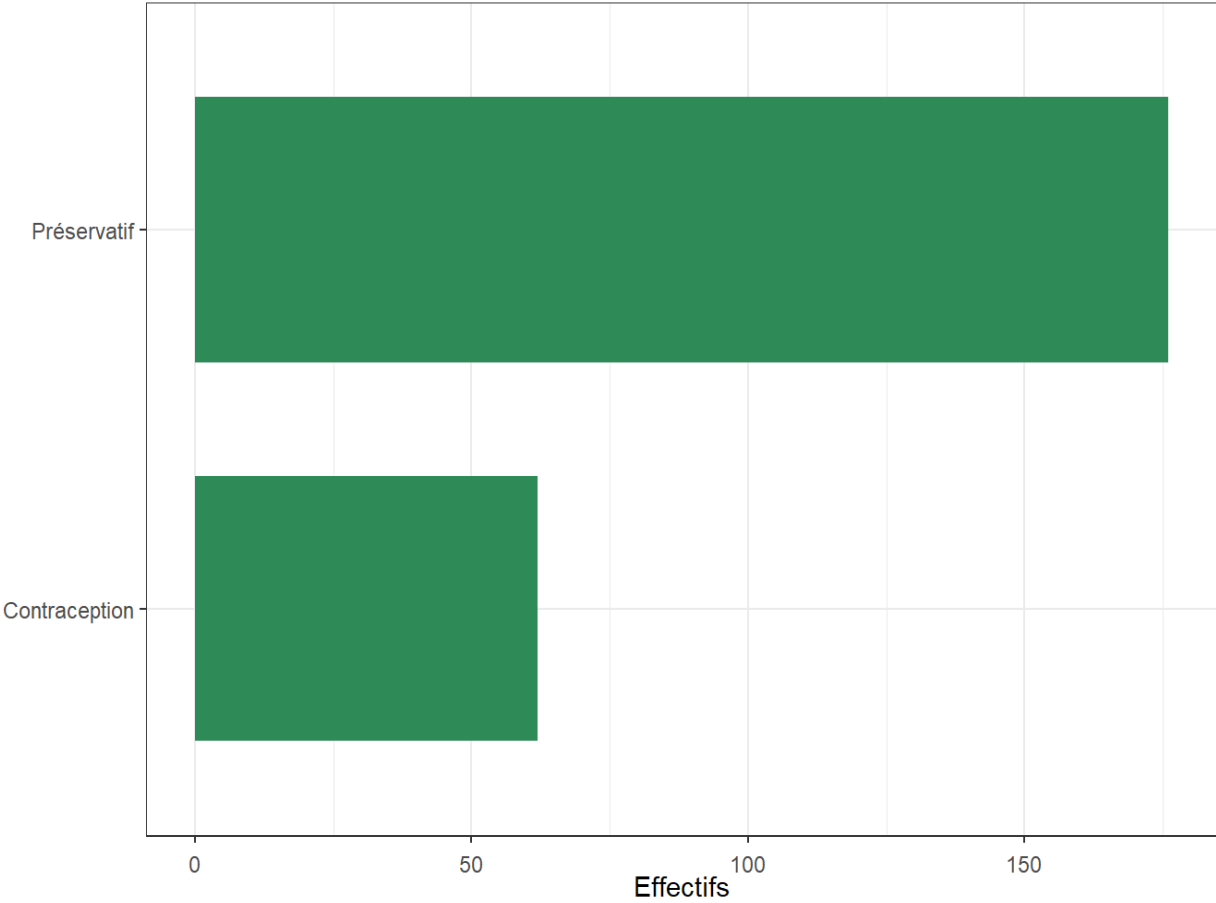


Fig 7: Type de contraception

- Données cliniques

Dans notre échantillon 707 femmes étaient symptomatiques.

330 présentaient des leucorrhées, 210 avaient des dyspareunies , 79 présentaient des douleurs pelviennes et 88 avaient des métrorragies . **(Tab12) (Fig.8)**

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Leucorrhées	330	32 %	[30%;38%]
Dyspareunie	210	20 %	[17%;23%]
Douleurs Pelviennes	79	7,6 %	[6%;9%]
Métrorragies	43	4%	[3%;5%]
Métrorragies Spontanées	31	3%	[2%;4%]
Métrorragies Provoquées	14	1,4%	[0,5%;2%]

Tab 12 : montrant les symptômes présent dans notre échantillon

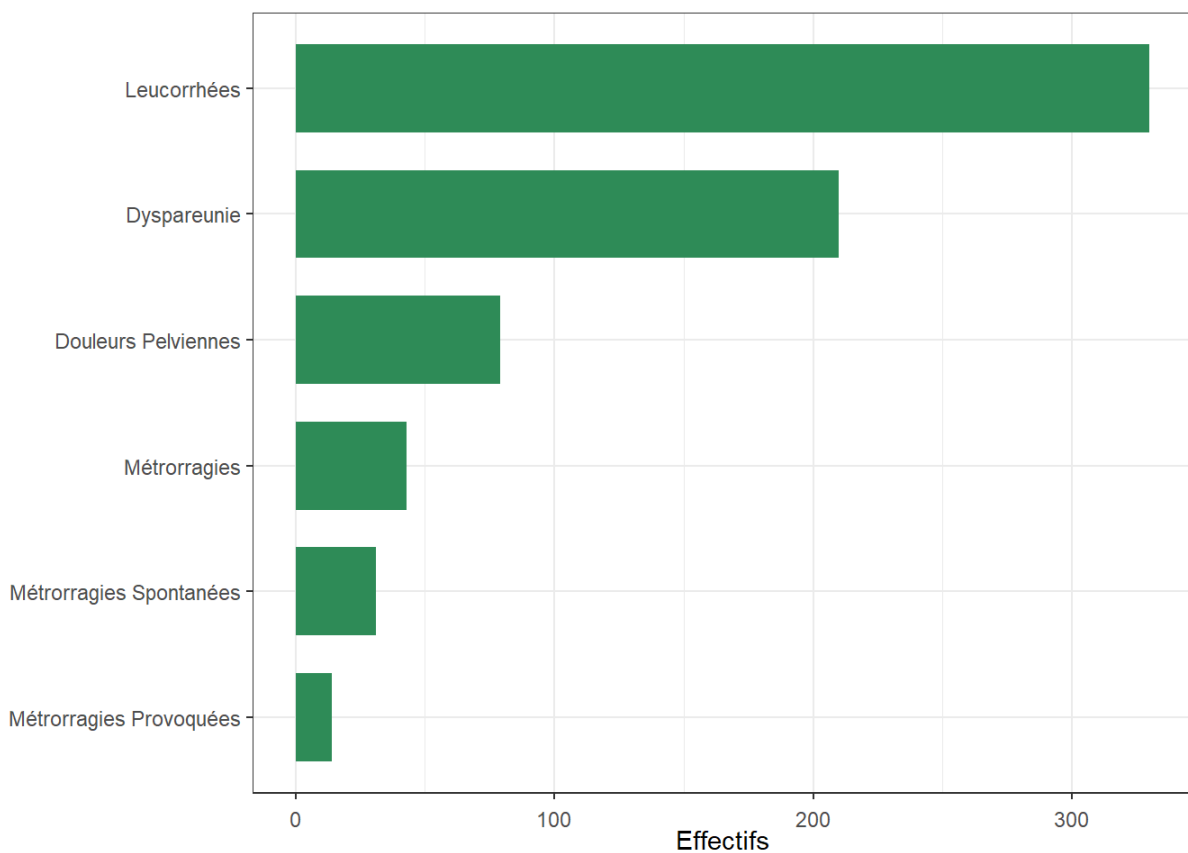


Fig 8: femmes symptomatiques

B. Analyse des résultats

Sur les 1033 femmes, 1000 frottis ont été réalisés, 33 femmes avaient soit un frottis récent de moins d'un an, soit une lésion évidente cliniquement ,ou, un frottis antérieur anormal ayant conduit directement à une colposcopie-biopsie. (Tab13).

97 % des prélèvements réalisés étaient satisfaisants (Tab14). 1 % des femmes avait eu des rapports sexuels le jour des prélèvements et 4 % la veille (Tab15), 3 % présentaient une infection visuelle. (Tab16)

Tab 13 : nombre de frottis réalisés

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	1000	97%	[96%;98%]
Non	33	3%	[2%;4%]

Valeurs manquantes : 0

Tab14 : qualité des prélèvements

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Bonne	989	96%	[94%;97%]
Mauvaise	11	1.1%	

Valeurs manquantes : 33

Tab 15 : rapports sexuels avant réalisation du frottis

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Veille	43	4%	[3%;6%]
Jour même	10	1%	[0%;2%]

Tab 16 : présence d'une infection visuelle ou non

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	34	3%	[2%;5%]
Non	999	97%	[95%;98%]

Frottis antérieurs

70 femmes avaient déjà réalisé un frottis antérieur.

Parmi ces frottis 70 frottis , 96 % rapportaient un frottis normal et 4 % étaient anormaux. (Tab17)

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Normal	67	96%	[88%;99%]
Anormal	3	4%	[1%;12%]

Tab 17 : résultats frottis antérieur

Parmi les 1000 frottis réalisés lors de notre étude, 925 femmes avaient un frottis normal soit 92 %, versus 8 % de frottis anormaux. (Tab18)

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	925	92%	[91%;94%]
Non	75	8%	[6%;9%]
Valeurs manquantes : 33			

Tab 18 : résultats des frottis

51 colposcopies ont été réalisées dont 38 biopsies. (Tab19)

	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Colposcopies	51	5%	[4%;7%]
Biopsies	38	4%	[3%;5%]

Taille échantillon : 1033

Tab 19 : nombre de colposcopies et biopsies

C. Résultats de la cytologie selon la classification de BETHESDA

Sur les 1033 femmes incluses, 931 avaient une cytologie normale, 31 femmes avaient une lésion de bas grade dont 16 condylomes et 15 CIN I .

13 femmes avaient une lésion de haut grade. (Tab20).

Les lésions de signification indéterminée représentaient 1,5% des cas IC 95 % (0,7% ; 2%). Les lésions de haut grade cumulées CIN II, CIN III et Cancer in situ représentaient 1,1% des cas .Il y avait 0,2 % cas de cancers invasifs (2 cas) IC 95 % (0,1% ; 0,5 %) .

58 femmes avaient des lésions ne s'intégrant pas dans la classification de BETHESDA.

(Tab 21)(Fig.9)

Lésion	Effectifs	Pourcentage	IC 95%
Normal	931	90%	[88%;92%]
Bas Grade	31	3%	[2%;4%]
Haut Grade	13	1%	[1%;2%]

Valeurs manquantes : 58

Tab 20 : cytologie anormale binaire.

31 lésions de bas grade = 15 condylomes + 16 CIN I

Cytologie	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
ASCUS	16	1,5%	[0,7%;2%]
CIN I	15	1,5%	[0,7%;2%]
CIN II	5	0,5%	[0,1%;0,9%]
CIN III	4	0,4%	[0,2%;0,5%]
CANCER IN SITU	2	0,2%	[0,1%;0,5%]
CANCER INVASIF	2	0,2%	[0,1%;0,5%]
AGSUS	0	0%	
Adénocarcinome	0	0%	

Tab 21:résultats de la cytologie selon la classification de BETHESDA

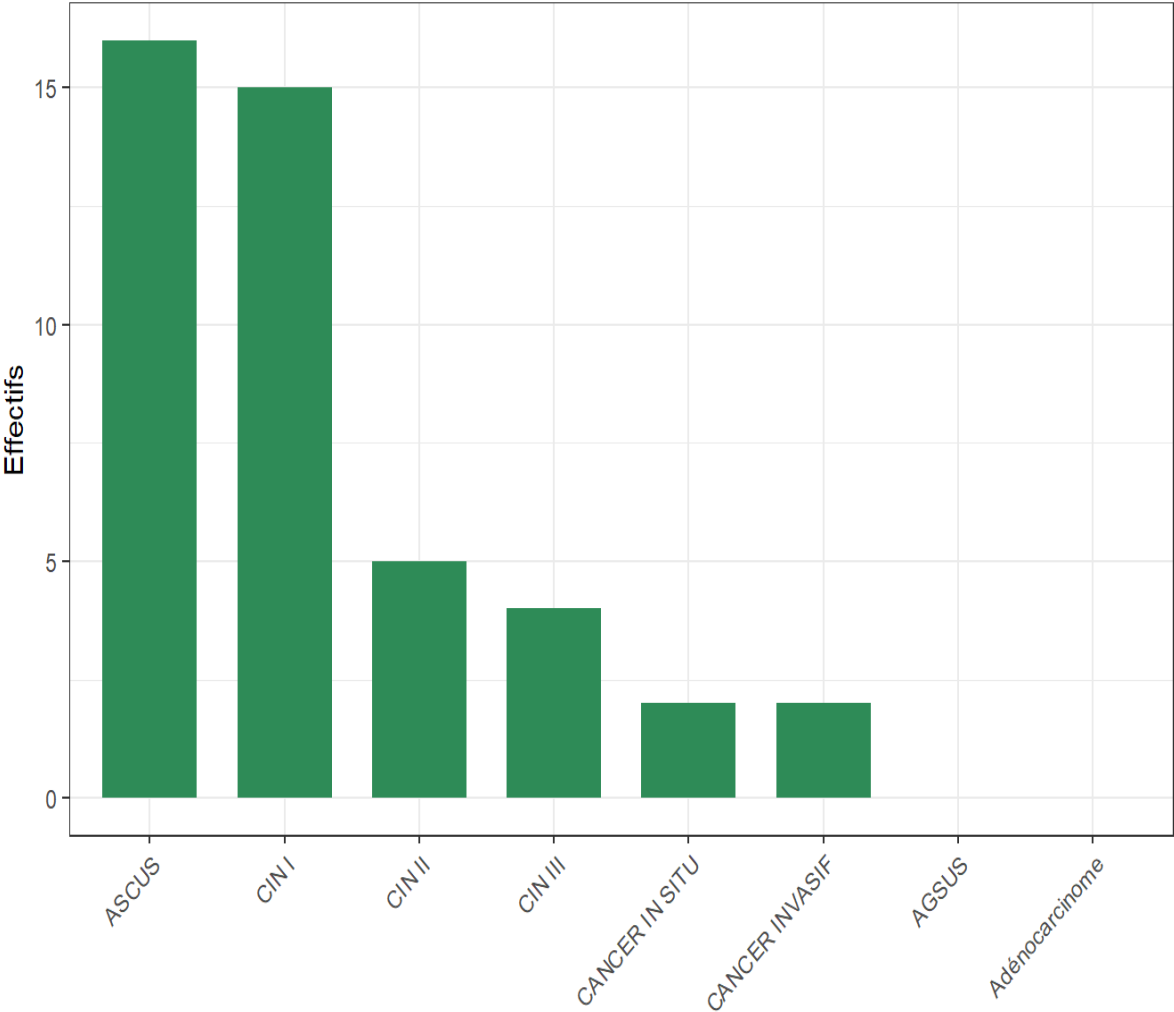


Fig.9 : résultats des lésions selon la classification de BETHESDA

D. Répartition des lésions en fonction des cofacteurs de risque

Précocité des rapports sexuels

Dans notre étude la précocité des rapports sexuels a été définie à partir d'un âge inférieur à 18 ans. En 2009 , 75 % des femmes congolaises avaient eu des rapports sexuels avant 18 ans(17) , comme dans notre échantillon . La moitié des femmes de 20 à 49 ans au Congo ont eu leurs premiers rapports avant d'atteindre l'âge de 16 ,3 ans (16).

Le groupe premiers rapports sexuels inférieurs à 18 ans comprenait 728 femmes. Environ 0,9 % avait des lésions de signification indéterminée soit 9 femmes sur 1033. 1,3 % avaient des lésions de bas grade et 0,6 % avait des lésions de haut grade. On a dénombré deux cas de cancers invasifs. **(Tab22)**

Lésion	Effectifs	Pourcentage
Normal	697	67%
ASCUS	9	0,9%
LSIL	14	1,3%
HSIL	6	0,6%
Cancer	2	0,2%

Tab 22: répartition des lésions en fonction de la précocité des rapports sexuels

Nous avons ensuite cherché à déterminer la force de l'association entre précocité des rapports sexuels et l'apparition des lésions néoplasiques. **(Tab23)**

Lésion	Odds ratio	Test	P-value	IC95%
ASCUS	2,1	Fisher exact	0,2194	0.74 ; 5.97
LSIL	0,23	Fisher exact	0,1377	0.03 ; 1.72
HSIL	2,1	Fisher exact	0,267	0.59 ; 7.52
Cancer		Fisher exact	1	-

Tab 23 : Tests statistiques des différentes lésions en fonction de la précocité des rapports sexuels.

L'odds ratio entre la précocité des rapports sexuels et la survenue d'une lésion de haut grade était de 2,1 IC 95 % (0,95 ;7,52) P= 0,267 .

Il était de 0,23 IC 95 % (0,03 ; 1,72) p=0,1377 pour la survenue d'une lésion de bas grade.

Comportement sexuel

- **Partenaires sexuels multiples**

Nous avons considéré dans notre étude qu'un comportement était à risque lorsqu'il associait la multiplicité des partenaires sexuels et, ou rapports sexuels non protégés. Au Congo- Brazzaville une femme a en moyenne quatre partenaires sexuels au cours de la vie(17). Nous avons déterminé les différentes lésions en fonction l'utilisation d'un préservatif, du nombre de partenaires sexuels et calculé les odds ratio. (Tab24)

Partenaire	Normal		ACSUS		LSIL		HSIL		Cancers invaifs	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Un seul	201	19%	3	0,29%	0	0%	2	0,19%	0	0%
Entre 2- 5	545	53%	9	0,87%	9	0,87%	5	0,48%	1	0%
Entre 6-10	165	16%	2	0,19%	5	0,48%	3	0,29%	1	0%
Plus de 10	63	6%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%

Tab 24: répartition des lésions en fonction du nombre de partenaires sexuels

Deux cas de cancer invasifs ont été trouvés respectivement chez les femmes ayant eu entre 2 et 5 partenaires sexuels, puis entre 6 et 10 partenaires sexuels. Les lésions de haut grade sont majoritaires chez les femmes ayant eu entre 2 et 5 partenaires sexuels.

Nous avons ensuite testé la corrélation entre la multiplicité des partenaires sexuels et la survenue d'une lésion précancéreuse. (Tab25)

Nombre de partenaires

Lésions précancéreuses

	Odds Ratio	Test	P-value	IC95%
Entre 2 et 5	1,64	Fisher exact	0,3875	(0.62 ; 4.36)
Entre 6 et 10	2,57	Fisher exact	0 ,1215	(0.87 ; 7.56)
Plus de 10	0,58	Fisher exact	1	(0.07 ; 5.06)

Tab 25 : odds ratio entre le nombre de partenaires sexuels et survenue d'une lésion

pré cancéreuse (cytologie anormale)

L'odds ratio entre l'apparition d'une lésion précancéreuse (cytologie anormale) et nombre de partenaires sexuels était de 1,64 IC 95 (0,62 ; 4,36) p = 0,3875.

Les femmes ayant eu entre 6 et 7 partenaires sexuels avaient un odds ratio de 2,57 IC 95% (0,87 ; 7,56) p= 0,1215.

- **Rapports sexuels non protégés**

13 femmes n'utilisant pas le préservatif avaient des lésions de bas grade, 11 avaient des lésions de haut grade et deux cas de cancer invasif. **(Tab 26)**

Lésions	Utilisation préservatif		Non utilisation préservatif	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Normal	165	16%	766	74%
ASCUS	4	0,38%	12	1,1%
LSIL	2	0,2%	13	1,2%
HSIL	0	0%	11	1%
Cancer	0	0%	2	0,2%

Tab 26: Tableau bi-varié montrant répartition des lésions en fonction de l'utilisation ou non du préservatif .

Contraception orale

6 % soit 62 femmes dans notre échantillon utilisaient une contraception orale. 0,48% présentait une lésion de signification indéterminée. (Tab 27)(Fig10)

Lésion	Effectifs	Pourcentages
Normal	57	5,5%
ASCUS	5	0,48%
LSIL	0	0%
HSIL	0	0%
Cancer	0	0%

Tab 27: répartition des lésions en fonction de l'utilisation de la contraception orale.

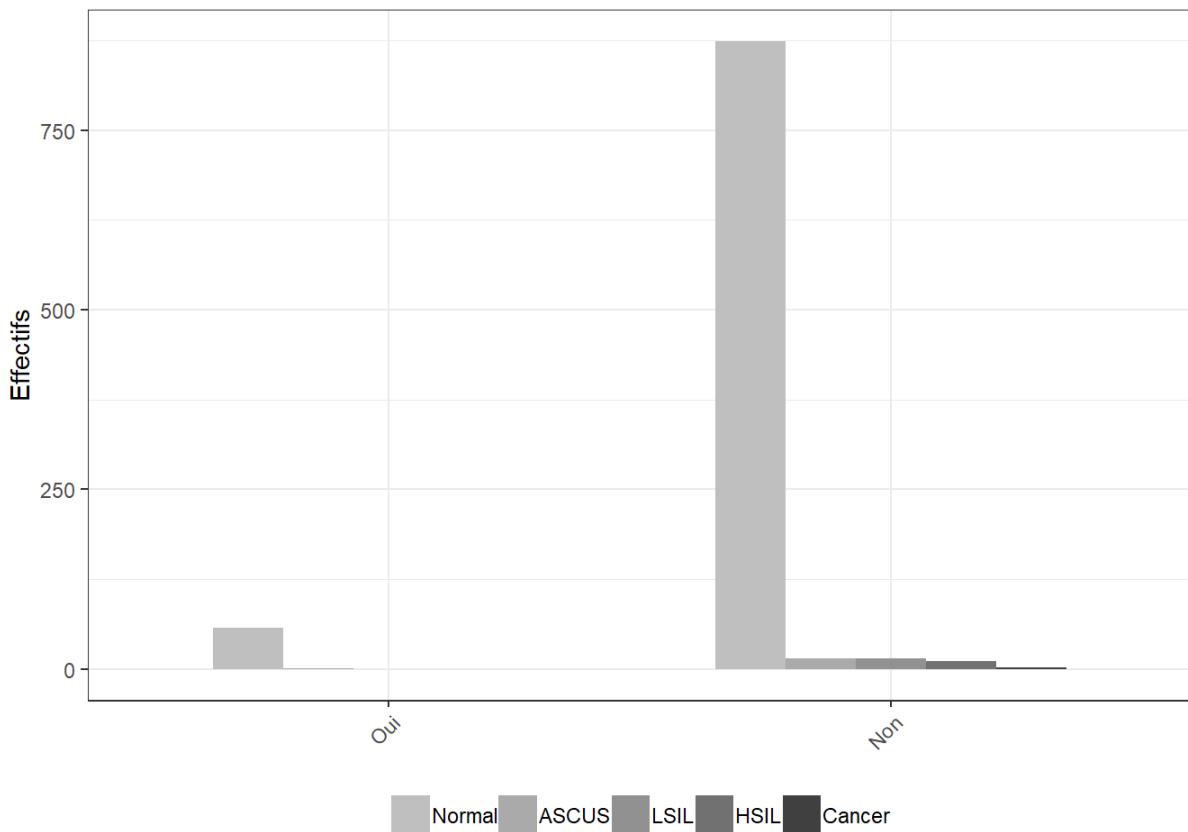


Fig. 10 : contraception orale et lésions précancéreuses

L'odds ratio entre l'utilisation d'une contraception orale et la survenue d'une lésion précancéreuse était de 2,8 IC 95 % (0,38 ;20,73) p =0,5104.(Tab28)

Contraception orale	Cytologie anormale			
	P-value	Test	Odds Ratio	IC95%
Oui	0,5104	Fisher exact	2.8	0.38 ; 20.73

Tab 28: cytologie anormale et utilisation contraception orale.

Nombre d'accouchements

Dans notre échantillon les femmes ayant plus de quatre enfants avaient 2% de lésions de haut grade, un cas de cancer invasif retrouvé. Dans cette catégorie nous avons retrouvé les mêmes chiffres pour les lésions de bas grade.

Les femmes ayant entre 2 et 4 enfants avaient 2 % des lésions de bas grade et 1% des lésions de haut grade. (Tab 29)

	0 et 1		2 et 4		Plus de 4	
Normal	271	26%	436	42%	224	21%
ASCUS	4	0,38%	9	0,8%	3	0,29%
LSIL	1	0%	8	0,77%	6	0,58%
HSIL	2	0,1%	3	0,29%	6	0,58%
Cancer	0	0%	1	0%	1	0%

Tab 29: Anomalies cytologiques en fonction de la parité

La puissance de l'association entre nombre d'accouchements et survenue d'une lésion précancéreuse a été ensuite calculée. (Tab30)

Paire	P-value	Test	IC95%
Entre 2 et 4	0,4657	Fisher exact	-
Plus de 4	0,057	Fisher exact	-

Tab30 : association nombre accouchements et apparition d'une lésion précancéreuse

II. Discussion

Notre étude survient 5 ans après celle menée à Pointe-Noire par le

Pr D. MOUKASSA et *Col*, une année après celle de l'équipe du **Pr NSONDE MALANDA** du CHU de Brazzaville.

Nous avons essayé de déterminer la prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses du cancer du col de l'utérus en fonction des cofacteurs de risque.

La fréquence relative des lésions précancéreuses du col de l'utérus varie selon la situation géographique et le niveau de développement des pays dans le monde.

En France l'incidence des lésions précancéreuses estimées en Ile – de- France à partir des résultats des frottis cervicaux de routine colligés par le centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie Pathologique était de 0,26% pour les lésions de haut grade ; 0,046 % des cancers invasifs(18) on note dans le même temps un taux d'incidence des cancers invasifs autour de 6,2 pour 100000(19).

En Afrique sub-saharienne l'incidence des lésions précancéreuses varie autour de 7 à 15 %(20)(21).

Le taux de prévalence globale des lésions précancéreuses (CIN I, CIN II, CIN III) dans notre échantillon était de 2,4 % dont 1,5% de CIN I ; 0,5 % de CIN II ; 0,4 % de CIN III.

Deux cas de cancers in situ et deux cancers invasifs soit un taux de prévalence de 0,4%.

Nos résultats sont très loin de ceux obtenus par **Luc Magloire Anicet BOUMBA** et *Col* en 2015 à l'hôpital de Loandjili Pointe Noire qui retrouvaient une prévalence des lésions précancéreuses à 36,1%(22).

L'étude menée au RWANDA en 2016 par **Ngabo** et *Col*. montrait une prévalence des lésions précancéreuses de haut grade très proche de la nôtre à 2%(23).

Au Cameroun **PM TEBEU** et *Col*. ont trouvé une prévalence des lésions précancéreuses à 7,9% et un cas de cancer(21)

A. Co facteurs de risque et lésions précancéreuses

Comportement sexuel

Âge des premiers rapports sexuels

Dans notre étude l'âge de la précocité des rapports sexuels est de moins de 18 ans.

75% des femmes de notre échantillon avaient leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans. L'Enquête de Séroprévalence et sur les Indicateurs du Sida au Congo réalisée en 2005 par le Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE) avec l'assistance technique d'ICF Macro International(17) montrait que 7 % des femmes congolaises avaient déclaré avoir eu deux ou plus de deux partenaires sur les 12 derniers mois . Cette même enquête a montré que le nombre de partenaires augmentait dans les deux sexes avec le niveau d'instruction.

Nous avons trouvé dans cette catégorie 14 cas de lésion de bas grade ,6 cas de lésions de haut grade 2 cas de cancers invasifs .

Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre la précocité des rapports sexuels et la survenue d'une lésion précancéreuse.

Odds Ratio 0,23 IC95% (0,03 ;,97), $p=0,1377$ pour les LSIL et un odds ratio 2,1 IC95%(0,59 ;7,52) , $p=0,267$.

Plusieurs études ont montré une association significative entre la précocité des rapports sexuels et la survenue des lésions précancéreuses.

Une étude réalisée en Thaïlande en 2012 montrait un risque plus élevé de survenue des lésions cancéreuses chez les femmes ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans Odds ratio 2,59 IC 95 (1,39 ;4,94) , $p=0,0012$.(8).

Embolo Enyegue Elisée Libert et *Col.* ont montré que la prévalence des lésions précancéreuses augmentait avec la précocité des rapports sexuels.(24).

Les femmes ayant eu les rapports sexuels avant 15 ans avaient 11,7 % des lésions de haut grade contre 2,1% chez les femmes ayant eu des rapports sexuels entre 15 et 19 ans, et 0,7% chez les femmes ayant eu des rapports entre 20 et 24 ans.

K.S Louie et Col. ont trouvé une relation significative entre la précocité des rapports sexuels avant 16 ans et survenue des lésions cancéreuses ,odds ratio 2,31

IC95 %(1,85 ;2,8) $p < 0,001$, versus odds ratio 1,80 IC 95 %(1,50 ;2,39) chez les femmes ayant eu des rapports en 17 et 20 ans (25).

Il y a sur-risque de survenue des lésions pré cancéreuses et cancéreuses chez les femmes ayant eu des rapports avant 18 ans.

Nombre de partenaires sexuels

Dans notre échantillon 545 femmes avaient eu entre 2 et 5 partenaires sexuels.

9 avaient des lésions de bas grade soit 0,87 %, 5 avaient des lésions de haut grade soit 0,48%, et un cas de cancer.

165 femmes avaient entre 6 et 10 partenaires sexuels. Elles présentaient 2 cas de lésions de bas grade 0,19% ; 3 lésions de haut grade soit 0,29% et 1 cas de cancer.

Il n'y avait pas de risque significatif entre le nombre de partenaires et la survenue d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer. Notre résultat est similaire à celui d'une étude marocaine réalisée en 2017 qui ne montrait pas d'association significative entre le nombre de partenaires sexuels et la survenue d'une lésion cancéreuse.(7)

Au BENIN une étude qui recherchait les facteurs associés aux lésions pré cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de PARAKOU , a montré un sur-risque de survenu de lésions précancéreuse chez les femmes ayant eu 3 plus ou moins de 1,13 partenaires sexuels $p = 0,005$, et un risque de carcinome épidermoïde chez les femmes ayant eu plus de 4 partenaires sexuels $p = 0,005$ (26).

Au Maroc une étude a montré une association significative entre les femmes qui avaient eu un seul partenaire odds ratio 1 , versus celles qui avaient deux ou plus de partenaires dans la vie Odds ratio 3,3 IC 95 % (1,5,5,2)(7).

Jongpeeti Wodtisan et Col relèvent aussi un risque élevé de survenue des lésions de haut grade chez les femmes ayant eu plus de deux partenaires sexuels Odds ratio 2,94 IC (1,23 ;7,02) , $p = 0,015$ (27).

Usage du préservatif

Dans notre étude les femmes n'utilisant pas le préservatif avaient 1 % des lésions de haut grade, et 1,2 % avaient de lésions de bas grade. 2 cas de cancers malpighien ont été observés.

Notre étude n'a pas montré d'association significative entre la non utilisation du préservatif et la survenue de lésions pré cancéreuses et, ou cancéreuses.

L'odds ratio pour les lésions de bas grade est de 1,4 IC 95% (0,31 ; 6,26) p=1.

La contamination par HPV ne se fait pas exclusivement par voie sexuelle , de nouveaux modes de transmissions sont évoqués : contact , transmission materno-fœtale , et par contact a des objets souillés(9)

Il est intéressant d'observer dans la littérature les co- infections HIV qui entraînent une persistance de l'infection HPV et donc la survenue des lésions précancéreuses et cancéreuses(28)(29).

Notre étude n'a pas pris en compte les infections HIV. L'enquête de séroprévalence sur les indicateurs du SIDA au Congo qui montrait une prévalence de l'infection HIV à Pointe -Noire en 2009 à environ 6,2 % loin devant la capitale Brazzaville 3,5 %(17).

Utilisation de la contraception orale

Notre étude n'a pas trouvé des lésions précancéreuses et cancéreuses chez les femmes utilisant une contraception orale . **Jongpeeti et Col.** n'avait pas non plus de corrélation significative entre l'utilisation d'une contraception orale sur moins de 5 ans et la survenue des lésions néoplasiques du col de l'utérus.(27)

La littérature rapporte pourtant un risque significatif de lésions pré cancéreuses chez les femmes ayant eu recours à une contraception orale sur plus de 5 ans(30)(31).

La physiopathologie n'est pas encore comprise mais il semble que l'utilisation prolongée de la contraception favorise la persistance de l'infection HPV.(18)

Nombre d'accouchements

Dans notre étude les femmes ayant eu entre 0 et 1 enfant avaient une prévalence de 0,1% de lésions de haut grade, celles ayant eu entre 2 et 4 enfant avaient 0,29% de lésions de haut grade et 0,77 % de lésions de bas grade.

Celles qui avaient plus de 4 enfants avaient 0,58% de lésions de haut grade et 0,58 % des lésions de bas grade et 1 cas de cancer.

Ce risque n'était pas significatif quel que soit le nombre d'accouchements.

N Aminisani et Col. ont trouvé une corrélation significative dans une étude réalisée à l'Ouest de l'Iran qui montrait un Odds ratio significatif entre 2 et 3 enfants à 2,25 IC95 % (1,49 ;3,4).

En Thaïlande le risque du cancer du col de l'utérus était associé à une parité supérieure à trois avec un Odds ratio de 1,73 IC 95 % (1,11 ; 2,70) , p=0,0105(8).

En Afrique les études tendent à montrer une corrélation entre la multiparité et la survenue des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Pour **Salifou kabibou et Col.** une parité moyenne à 4 plus ou moins 1,99 enfants est liée à la survenue des lésions précancéreuses .Plus on augmente dans la parité , plus il y a des risques de survenue des lésions cancéreuses(26).

Les résultats de notre étude bien que montrant une tendance globale du risque lié au comportement sexuel ne sont pas significatifs.

Cela peut être imputé à la très faible puissance statistique mais aussi à différents biais :

- biais de sélection
- biais lié à la taille de l'échantillon
- biais lié à l'élaboration du questionnaire
- biais de déclaration

B. Biais de l'étude

Biais de sélection

Le mode de recrutement de notre échantillon basé sur le « volontariat » engendre un biais de sélection. Le fait que l'étude soit mono centrée limite la représentativité de l'échantillon et donc la puissance de l'étude.

En effet la campagne menée dans le cadre de l'association « SOS femme *ELIKIA* » proposait un dépistage des cancers du col de l'utérus aux femmes habitant Pointe Noire.

On peut supposer que les femmes se présentant spontanément étaient préoccupées par de leur état de santé.

La population recrutée est urbaine avec probablement un niveau socio-économique élevé.

Biais de co facteurs de risque

Nous n'avons pas intégré dans notre échantillon la co-infection avec le virus HIV qui est un co facteur de risque important dans la persistance des lésions pré cancéreuses(29).L'infection HIV a une forte prévalence à Pointe -Noire. L'enquête de séroprévalence sur les indicateurs du SIDA au Congo montrait une prévalence HIV à Pointe-Noire en 2009 à environ 6,2 % loin devant la capitale Brazzaville 3,5 %.(17)

Biais d'élaboration du questionnaire

Le questionnaire proposé est constitué de questions fermées, dont le nombre reste limité. Nous aurions pu poser d'autres questions telles que le statut immunologique, le statut socioprofessionnel, le tabagisme, la durée de prise de la contraception orale.

Biais de déclaration

Les réponses des patientes sont déclaratives. Aussi, leurs réponses peuvent ne pas correspondre à la réalité sur certaines questions, même si les questionnaires sont anonymes.

C. Force de l'étude

La taille importante de notre échantillon et le nombre de frottis réalisés sont une force majeure. Notre étude a aussi permis la vulgarisation de la problématique de santé sur le cancer du col de l'utérus qui est un véritable fléau en Afrique sub-saharienne et en particulier au Congo Brazzaville qui présente l'un des taux incidents les plus élevés .

D. Faiblesse de l'étude

Même si notre étude semble regrouper les principaux facteurs de risque du cancer du col de l'utérus, elle ne prend pas en compte les co-infections avec le virus HIV et Chlamydia. « *Goldman's Cecil Medicine Cancérologie* » dans sa vingt quatrième édition estimait que 17%des cancers dans le monde sont imputables à des agents infectieux. Ce pourcentage est plus élevé dans les pays en voie de développement(32).Il existe une relation entre la faiblesse immunitaire et le risque de survenue du cancer du col de l'utérus (33).

Le recrutement était réalisé sur le volontariat, pas de tirage au sort ce qui réduit la puissance du test.

De la même façon le niveau socio-économique n'a pas été évalué dans notre étude. Il permet de juger de la possibilité d'accès aux soins de santé et de l'information en matière de santé(34).

E. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses les néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN, faisant suite à la persistance de l'infection génitale par un HPV à haut risque oncogène.

Le cancer invasif du col de l'utérus est une maladie d'origine infectieuse à évolution lente qui met en général plus de quinze ans à se développer depuis la primo-infection par un papillomavirus humain oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses accompagnant la persistance de l'infection. (34)

Pour chaque lésion cervicale précancéreuse il existe une probabilité de régression de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion vers un épithélium normal accompagnant la clairance virale, et une probabilité de progression vers un stade plus avancé y compris pour les CIN(35). **(Tab31)**

Lésion	Régression	Persistance	CIN supérieure	Progression cancer
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	<56%	-	>12%

Tab31 : montrant la régression des lésions précancéreuse ou l'évolution vers un CIN de stade avancé et cancer selon T.DUPOINT.

F. Lutte contre le cancer du col de l'utérus

Selon l'OMS en 2018 , 311000 femmes sont décédées dans le monde d'un cancer du col de l'utérus avec près de 85 % dans les pays en voie de développement(11).

Cette mortalité est particulièrement élevée en Afrique.

Le cancer du col de l'utérus est un néoplasme viro-induit pour lequel l'agent causal est dans 99% des cas le virus HPV.(36)

La seule présence de HPV n'explique pas tout le mécanisme onco génétique , des facteurs immunologiques, hormonaux les comportements individuels majorent le risque de cancer(37)(38).

La compréhension de l'histoire naturelle de l'infection par HPV et le mécanisme de survenue des lésions précancéreuses et cancéreuses ont permis d'établir un véritable programme de prévention ayant réduit les taux incidents du cancer du col de l'utérus dans les pays en voie de développement.

Cette prévention comprend :

Prévention primaire

La prévention primaire du cancer du col utérin repose essentiellement sur des modes de vie sains et sur la vaccination contre le VPH. Trois types de vaccins contre l'infection par le VPH sont actuellement commercialisés : GARDASIL agit contre les génotypes 6, 11, 16 et 18 du VPH (vaccin quadrivalent) : CERVARIX contre les génotypes 16 et 18 (vaccin bivalent), GARDASIL 9 est désormais disponible en apportant une protection supplémentaire contre 5 génotypes HPV additionnels (31, 33, 45, 52,58). (39)

Le but de la vaccination est de protéger contre la survenue des lésions précancéreuses liées à l'infection par HPV.(40)

La vaccination est efficace chez les jeunes n'ayant jamais été en contact de HPV à 98% IC 95%(86 ;100) , et seulement à 44% IC 95 %(26 ;58) chez les filles ayant déjà été en contact avec HPV.(41)(19)

Gardasil 9 peut être administré selon un schéma en 2 doses. La deuxième dose doit être administrée entre le 6^{ème} et 13 mois après la première dose si la deuxième dose est administrée moins de 5 mois après la première dose, une troisième dose devra toujours être administrée.

Un schéma en 3 doses chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (0, 2, 6 mois). La deuxième dose doit être administrée au moins un mois après la première dose, et la troisième dose doit être administrée au moins 3 mois après la deuxième dose. Les trois doses doivent être administrées en moins d'un an. Le vaccin est remboursé jusqu'à 21 révolus.

Vaccin quadrivalent : **Gardasil®** Vaccination initiée entre 11 et 13 ans révolus à deux doses espacées de 6 mois. Entre 14 et 19 ans révolus, trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin bivalent : **Cervarix®** Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois. Entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.(42)

Prévention secondaire

La prévention secondaire du cancer du col se fait grâce au dépistage et à l'éradication des lésions précancéreuses. Les principales techniques utilisées sont : l'examen cytologique des cellules du col de l'utérus, dépistage par examen visuel du col de l'utérus et la détection de l'ADN viral de l'HPV qui permet de trier parmi les femmes avec une cytologie anormale, celles présentant un risque d'évolution vers une lésion cancéreuse et qui nécessitent des examens plus poussés, de celles ne nécessitant qu'un suivi.

Des projets de démonstration, initiés dans six pays de la Région africaine et coordonnés par l'OMS ont montré l'efficacité, l'innocuité et la performance de la méthode de dépistage par examen visuel.(34)

Le dépistage visuel permet un dépistage rapide et une prise en charge immédiate des lésions précancéreuses. Son faible coût , sa sensibilité estimée à 100%(**Tab32**) dans une étude **Taiwanaise** en 2019 (43) , font du dépistage visuel une alternative à la cytologie dans les pays en voie de développement.

Test	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
IVA	100%	54.5%	8%	100%
cytologie	45%	81.5%	19.6%	93.7%
Cytologie vs méthode visuelle	100%	46.8%	15.8%	100%

Tab32: comparaison de la méthode de dépistage visuelle et la cytologie.

Zahra Vahedpoor et *Col.*

Ces résultats concordent avec ceux du centre de recherche sur le cancer de Lyon qui montrent une bonne sensibilité des méthodes de dépistage visuel : IVL et IVA. Leur spécificité reste inférieure à la cytologie(34).

Prévention tertiaire

La prévention tertiaire du cancer du col de l'utérus concerne le diagnostic et le traitement des cancers avérés. Le traitement est basé sur la chirurgie, la radiothérapie et parfois la chimiothérapie. Des soins palliatifs sont dispensés aux patientes à un stade dépassé(44).

G. Perspectives et enjeux

Enjeux et défis : Le cancer du col de l'utérus est un véritable problème de santé publique particulièrement dans les PEV. Le cancer du col de l'utérus est évitable et guérissable à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et traité correctement. En Afrique subsaharienne le manque de politique, de stratégies de programmes efficaces de dépistage et de traitement explique en grande partie les taux élevés de prévalence et mortalité liés au cancer du col de l'utérus. En effet sans accès à des services de prévention et de dépistage de qualité, la majorité des femmes ne consultent que lorsque le cancer est à un stade avancé.

Coût de la vaccination : la question cruciale reste l'accessibilité à la vaccination des femmes africaines. Le coût des vaccins disponibles contre le VPH reste très élevé et n'est pas à la portée de la majorité des populations et des pouvoirs publics en Afrique . En effet le coût moyen pour les trois doses de Gardasil est estimé à 240 000 FCFA soit environ 370 euros(36).

A titre d'exemple Le revenu mensuel moyen par habitant au Congo Brazzaville en 2016 selon la banque mondiale était de 143 euros(45).

Cette charge financière vaccinale pose un problème d'accès universel au vaccin et un défi à la pérennité de toute politique de prévention primaire basée sur une vaccination à grande échelle.

Perspectives

Assurer la promotion de la santé et impliquer les communautés. L'éducation et le conseil sont parties intégrantes de tout programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus. La participation des communautés sera essentielle afin de nouer un dialogue avec les femmes, améliorer la compréhension des moyens de dépistage et de traitement mais également lever les craintes, appréhensions et idées reçues. Les messages d'éducation à la santé visant à éviter les comportements à risque devront être le reflet des politiques nationales afin d'amener les populations à adopter des pratiques sexuelles et des modes de vie plus sains. Ces messages privilégieront notamment l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention primaire susceptible de réduire également les infections sexuellement transmissibles.

Introduire la vaccination contre le VPH comme l'un des moyens de lutte contre le cancer du col de l'utérus. L'introduction de la vaccination contre le VPH dans les programmes nationaux élargis de vaccination n'est envisageable que si le coût du vaccin est accessible. Les gouvernements avec l'appui de l'OMS et des partenaires au développement pourront mener des actions en direction des firmes pharmaceutiques afin de négocier des prix abordables.

Mettre en œuvre les techniques d'examen visuel pour le dépistage du cancer du col accompagnées d'un traitement immédiat par cryothérapie. L'application de cette technique simple et à faible coût permettra de réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer du col. À cet effet, les capacités dans ce domaine devront être renforcées. Une mise en œuvre graduelle sera adoptée afin que chaque étape ait un résultat mesurable et que les progrès accomplis puissent être évalués.

Conclusion

Même si nos résultats ne sont pas significatifs, on observe dans notre étude une tendance de survenue des lésions précancéreuses liée au comportement sexuel, au nombre d'accouchements et la précocité des rapports sexuels.

Nous avons trouvé un taux de prévalence des lésions pré cancéreuses à 2,4 %, et un taux de prévalence du cancer du col à 0,2%.

Ces chiffres sont très proches du registre des cancers du Congo qui relève une incidence annuelle du cancer du col de l'utérus à 26,3 pour 100.000 femmes.

Les prévisions de GLOBOCAN à l'horizon 2030 en direction des pays d'Afrique francophone subsahariens sont pour le moins inquiétantes .Il prévoit environ 242 418 nouveaux cas en 2030 avec près de 187000 décès, en l'absence de politique réelle de prévention(6).

L'évolution lente du cancer du col en fait un excellent candidat au dépistage et à l'éradication des lésions précancéreuses.

Les bonnes performances des méthodes de dépistage directs IVA et IVL à des coûts moins élevés et ne nécessitant pas des moyens techniques importants doivent être proposés aux jeunes filles dans le cadre de la prévention.

Ce cancer hautement évitable peut être prévenu par la vaccination, une politique de planification familiale et de limitation des accouchements, la lutte contre les mariages forcés des jeunes filles, l'éducation de la population et l'utilisation des préservatifs qui réduit la co-infection avec le virus HIV cofacteur important de persistance des lésions précancéreuses.

Annexe

Rappels anatomiques du col de l'utérus

Anatomie macroscopique

le col utérin correspond à la portion basse de l'utérus. De forme cylindrique ou conique, il mesure de 3 à 4 cm de long pour 2.5 cm à 3.5 cm de diamètre. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge de la femme, de sa parité et de son statut hormonal. La moitié inférieure du col, désignée sous le nom de « portio vaginalis » s'avance dans le vagin par sa paroi antérieure supérieure, appelée partie supra-vaginale, reste au-dessus du vagin.(46)

(Fig12)

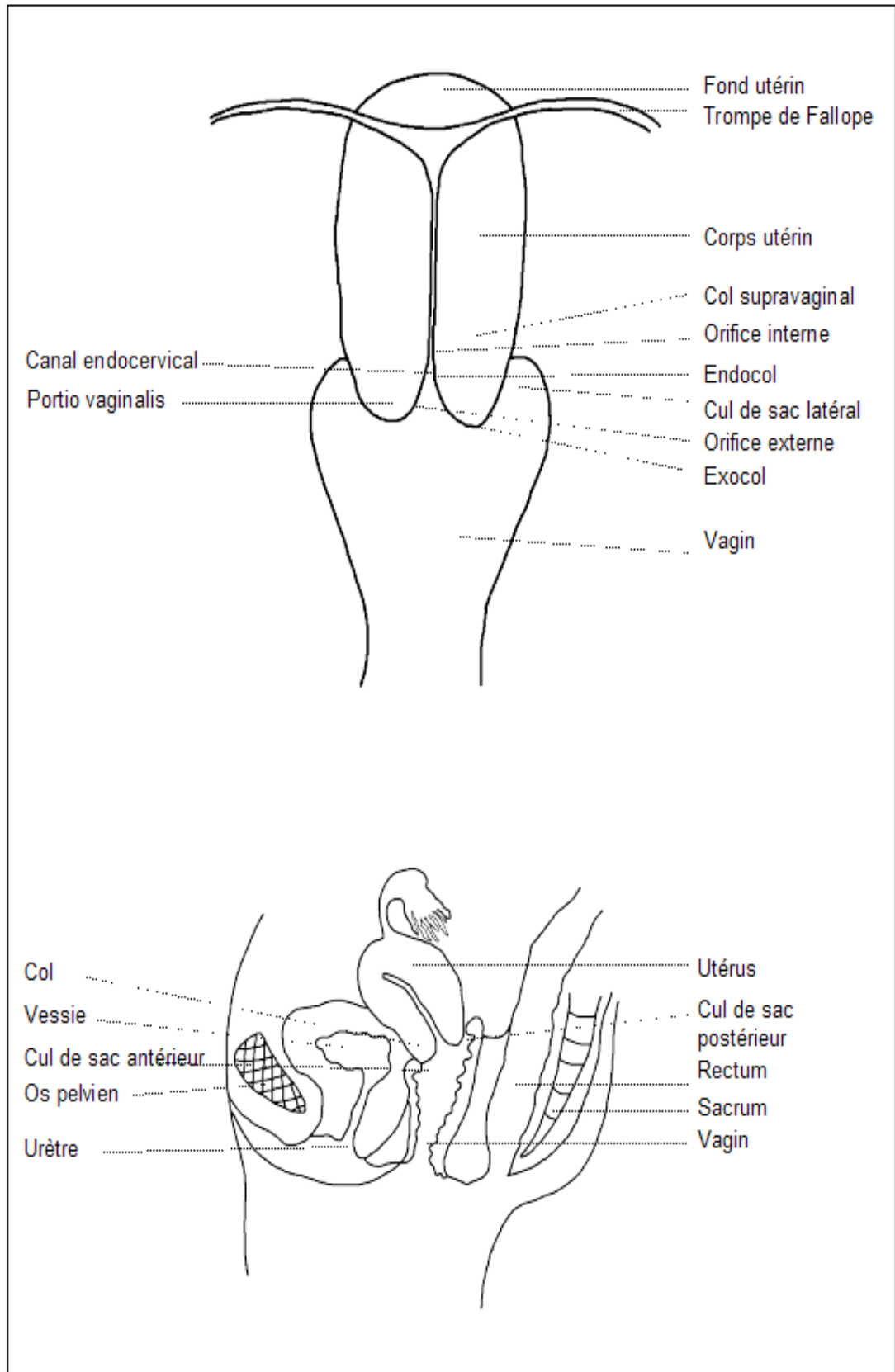


Fig12 : Anatomie du col de l'utérus

Anatomie microscopique

L'épithélium pavimenteux stratifié. Une grande partie de l'exocol est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié, non kératinisant, riche en glycogène. :

A l'examen visuel, il apparaît de couleur rose pâle. Son architecture histologique révèle une couche inférieure constituée d'une assise unique de cellules basales rondes dotées d'un noyau important de couleur sombre à la coloration et d'un cytoplasme restreint. En allant de la couche basale vers la couche superficielle, les cellules voient la taille de leur cytoplasme augmenter tandis que celle de leur noyau diminue. L'iode réagit avec le glycogène que l'on trouve en abondance dans le cytoplasme des cellules des couches intermédiaire et superficielle, l'application du soluté de Lugol sur un épithélium pavimenteux entraîne sa coloration en noir ou en brun acajou(**photo 3**).(46)

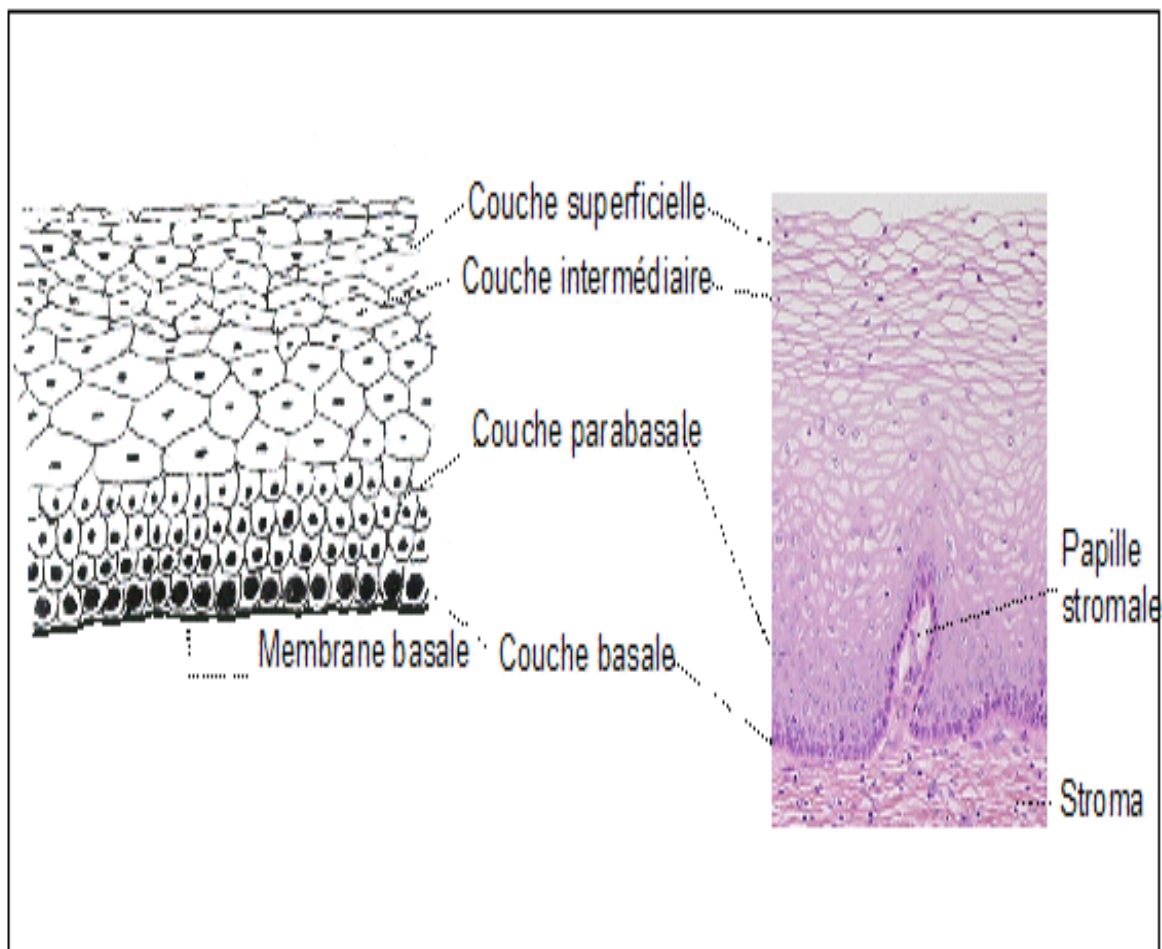


Fig13: anatomie microscopique du col de l'utérus

La jonction pavimento-cylindrique : se présente sous l'aspect d'une ligne étroite. Sa localisation par rapport à l'orifice externe varie en fonction de facteurs tels que l'âge, le statut hormonal, le traumatisme entraîné par l'accouchement et certaines conditions physiologiques comme la grossesse.(46)

Métaplasie pavimenteuse : elle débute dans les régions exposées de l'épithélium cylindrique par l'apparition de petites cellules rondes sub- cylindriques appelées cellules de réserve. C'est à partir de la prolifération et de la différenciation de ces cellules de réserve que se forme l'épithélium multicellulaire immature. Les cellules de cet épithélium pavimenteux métaplasique immature ne produisent pas de glycogène, et, par conséquent ne prennent pas la coloration brune ou noire lorsqu'elles sont exposées au soluté de Lugol . L'épithélium métaplasique mature bien stratifié, riche en glycogène, semblable en tous points à l'épithélium pavimenteux est présent sur l'exocol. Il se colore à l'iode lors de l'application du soluté de Lugol.(46)

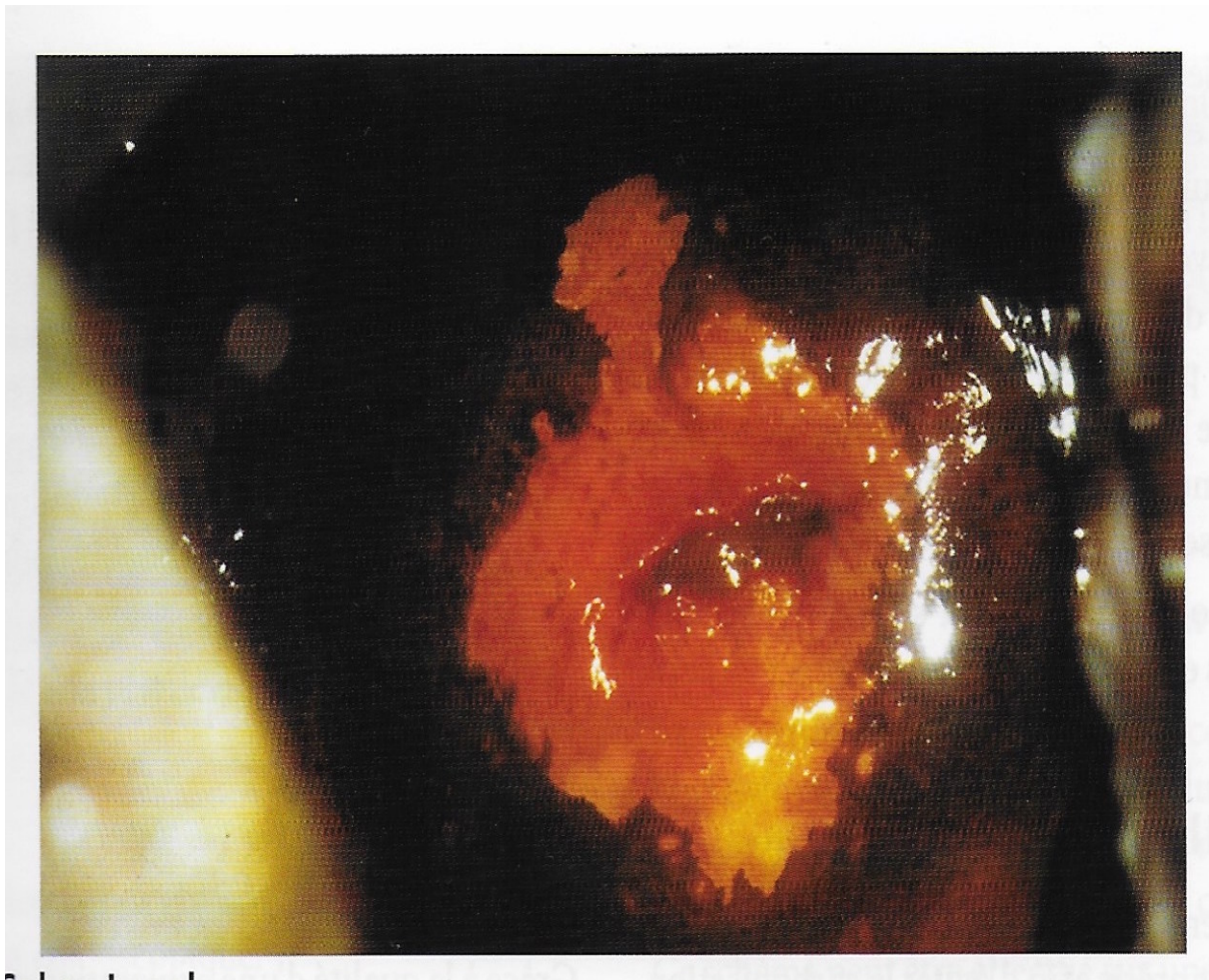


Photo 2 : test au Lugo positif

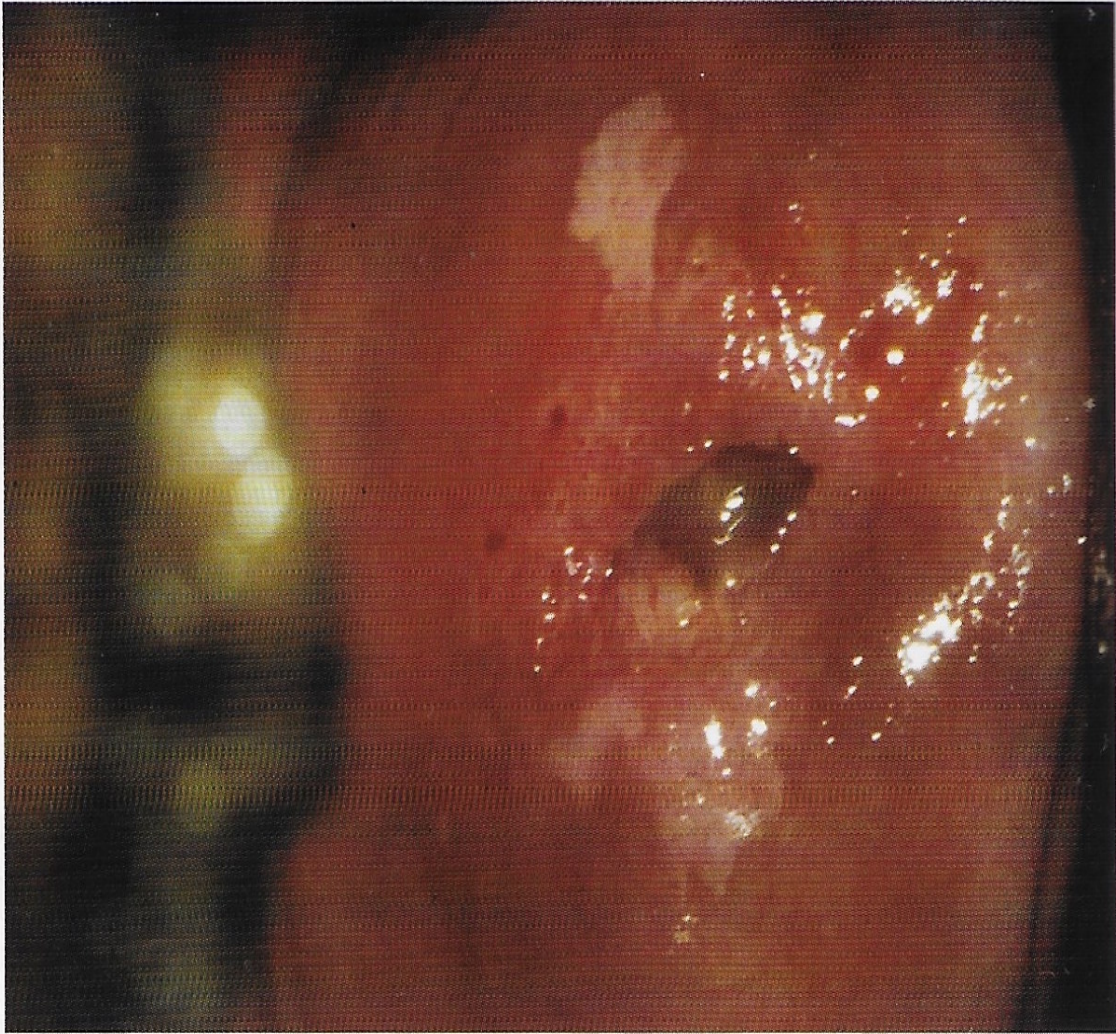


Photo 3 : Zones de coloration acidophiles positives après coloration à l'acide acétique

Techniques de réalisation du frottis cervico- vaginal

Le frottis conventionnel (ou selon Papanicolaou) : Il est recommandé d'utiliser une spatule d'Ayre associée à une brosse ou à un porte-coton, ou un Cervex Brushou une spatule d'Ayre modifiée qui permettent de prélever à la fois au niveau de l'orifice cervical externe et au niveau de l'endocol. Le matériel prélevé est étalé de façon uniforme. La fixation doit être réalisée immédiatement. Une laque à cheveux peut être utilisée.

Le frottis en milieu liquide : Le prélèvement comme pour le frottis conventionnel, est fait avec un outil adapté. Le matériel prélevé est mis en suspension dans le flacon qui contient le liquide de conservation. L'étalement n'est donc pas fait par le clinicien.

Feuille de transmission

Un document comprenant les renseignements cliniques suivants est adressé au laboratoire ou au cabinet de cytologie :

- le prénom et le nom de la patiente (nom de jeune fille) ;
- la date du prélèvement
- la date de naissance
- la date des dernières règles ou indiquer si la femme est ménopausée
- le motif de l'examen (dépistage, contrôle)
- les éventuels antécédents gynécologiques et thérapeutiques (traitement du col, chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie)
- le type de contraception utilisée (contraception hormonale, dispositif intra-utérin).

Le système de Bethesda 2001 est seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique. Il s'applique quelle que soit la technique du frottis. La classification de Papanicolaou doit être abandonnée car obsolète.

Anomalies des cellules malpighiennes :

- Atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL) regroupant koïlocytes/dysplasie légère/CIN I :
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL) regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN II et CIN III . carcinome in situ.
- Carcinome malpighien invasif

Anomalies des cellules glandulaires :

- Atypie glandulaire de signification indéterminée (AGCUS)
- Adénocarcinome :
 - site d'origine probable :
 - Endocervical
 - Endométrial
 - Extra-utérin
 - Non précisé

Salle de coloscopie

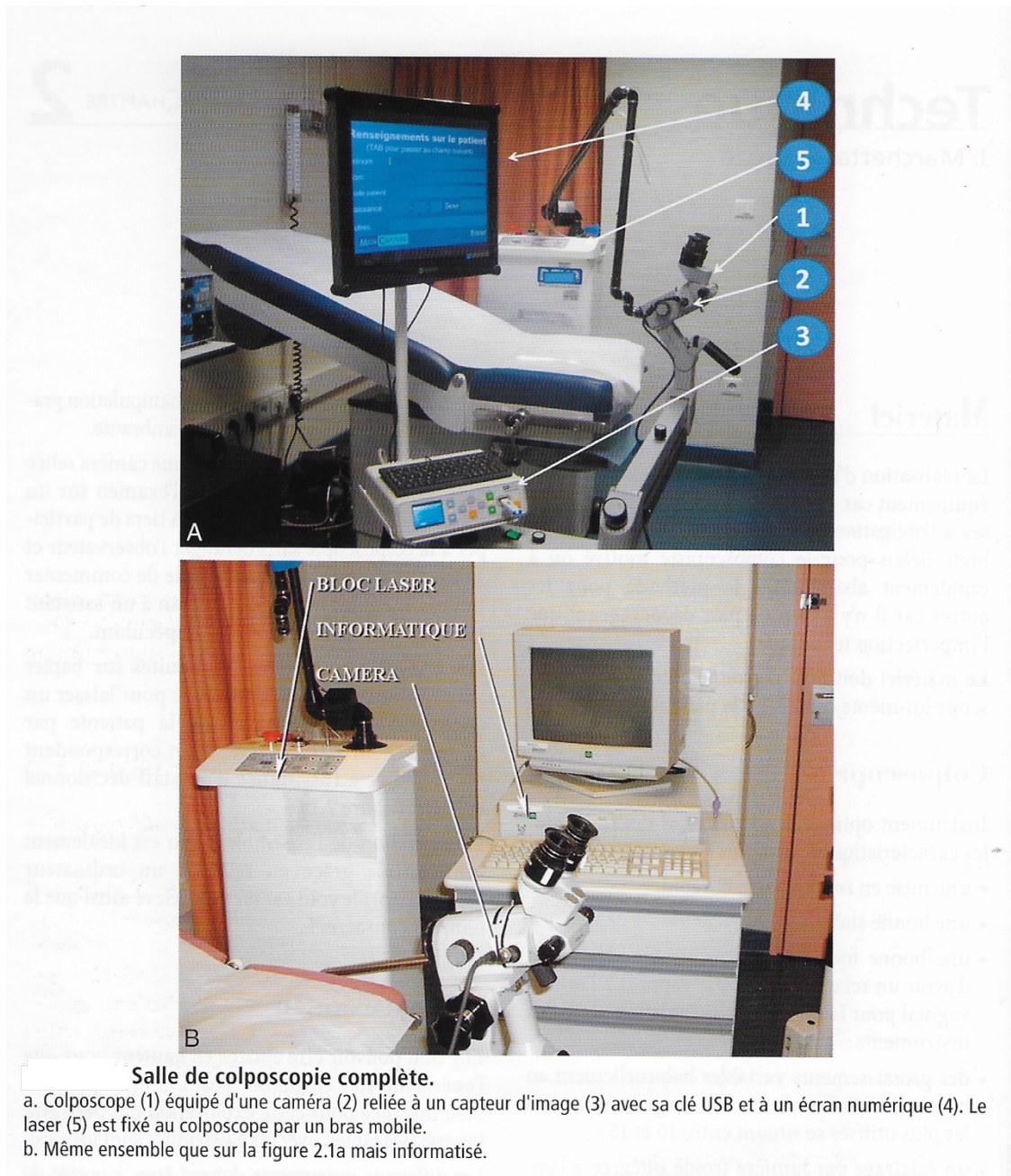


Photo 4 : salle de coloscopie

Bibliographie

1. Sylla BS, Wild CP. A million africans a year dying from cancer by 2030: What can cancer research and control offer to the continent? *International Journal of Cancer*. 2012;130(2):245-50.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(6):394-424.
3. Boumba LMA, Hilali L, Mouallif M, Moukassa D, Ennaji MM. Specific genotypes of human papillomavirus in 125 high-grade squamous lesions and invasive cervical cancer cases from Congolese women. *BMC Public Health* [Internet]. 23 déc 2014 [cité 2 juin 2019];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391118/>
4. Congo – PopulationData.net [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.populationdata.net/pays/congo/>
5. programme_biennal_2015_2016_final_03_sept14_pro.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/congo/programme_biennal_2015_2016_final_03_sept14_pro.pdf
6. LivreCancer.pdf [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/LivreCancer.pdf>
7. Berraho M, Amarti-Riffi A, El-Mzibri M, Bezad R, Benjaafar N, Benideer A, et al. HPV and cofactors for invasive cervical cancer in Morocco: a multicentre case-control study. *BMC Cancer*. déc 2017;17(1):435.
8. Wannapa Settheetham-Ishida Sitakan Natphopsuk, Supat Sinawat, Pientong Chamsai. Risk Factors for Cervical cancer in Northeastern Thailand: Detailed Analyses of Sexual and Smoking Behaviour. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 13 nov 2012;Vol 13, 2012:6.
9. Ryndock EJ, Meyers C. A risk for non-sexual transmission of human papillomavirus? *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 1 oct 2014;12(10):1165-70.
10. Sun-Kuie T, Tew-Hongw H, Soo-Kim L-T. Is Genital Human Papillomavirus Infection Always Sexually Transmitted? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1 août 1990;30(3):240-2.
11. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
12. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. *Gynecologic Oncology*. 1 mai 2010;117(2, Supplement):S5-10.
13. Gupta SM, Mania-Pramanik J. Molecular mechanisms in progression of HPV-associated cervical carcinogenesis. *J Biomed Sci* [Internet]. 23 avr 2019 [cité 2 juin 2019];26. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477741/>
14. Sammarco ML, Del Riccio I, Tamburro M, Grasso GM, Ripabelli G. Type-specific persistence and associated risk factors of human papillomavirus infections in women living in central Italy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 juin 2013;168(2):222-6.
15. Malanda JN, Mbon JBN, Bambara AT, Ibara G, Minga B, Epala BN, et al. Douze années de fonctionnement du registre des cancers de Brazzaville. *Bulletin du Cancer*. 1 févr 2013;100(2):135-9.

16. Centre National de la Statistique et des Études Économiques. Congo Enquête Démographique et de Santé 2011-2012 Rapport de synthèse [Internet]. Congo Brazzaville: Centre National de la Statistique et des Études Économiques; 2012 févr p. 20. Disponible sur: <http://www.measuredhs.com>
17. Centre National de la Statistique et des Études Économiques. République du Congo Enquête de Séroprévalence et sur les Indicateurs du Sida au Congo (ESISC-I) 2009 Rapport de Synthèse [Internet]. Congo Brazzaville: Centre National de la Statistique et des Études Économiques; 2009 p. 16. Disponible sur: <http://www.measuredhs.com>
18. Hélène SANCHO-Ganier. Epidémiologie des cancers gynécologiques: utérus, Ovaire, Vulve et vagin. 26 oct 2013;25.
19. Woronoff A-S, Molinié F, Trétarre B. Mise en place du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. *Bulletin du Cancer*. 1 mars 2019;106(3):253-61.
20. D;MOUKASA, A. NGOLET, G.LINGOUALA, M.L.Eouani, J.B .Samba, J.V . Mambou, et al. Lésions précancéreuses du cancer du col de utérin à pointe noire : analyse de la situation. *medecine Tropicale*. 16 janv 2007;(67):4.
21. Tebeu PM, Sandjong I, Nkele N, Fokoua S, Achu P, Kouam L, et al. Lésions pré-cancéreuses du col utérin en zone rurale : étude transversale. 2005;5.
22. Boumba LMA, Qmichou Z, Mouallif M, Attaleb M, Mzibri ME, Hilali L, et al. Human papillomavirus genotypes distribution by cervical cytologic status among women attending the General Hospital of Loandjili, Pointe-Noire, Southwest Congo (Brazzaville). *Journal of Medical Virology*. 2015;87(10):1769-76.
23. Ngabo F, Franceschi S, Baussano I, Umulisa MC, Snijders PJF, Uytterlinde AM, et al. Human papillomavirus infection in Rwanda at the moment of implementation of a national HPV vaccination programme. *BMC Infect Dis* [Internet]. 24 mai 2016 [cité 13 juin 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877733/>
24. Embolo Enyegue Elisée Libert, Koanga Mogtomo martin Luther, Kojom Foko loick, Assokom Okoubalimba, eloumou Elouki Landry, Moule Sone Albert, et al. Dynamics of Factors Responsible for the Resurgence of Cervical Cancer Lesions in Women in Developing Countries. *journal of Applied Life Sciences International*. 5 mai 2017;10.
25. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsagué X, Herrero R, Meijer CJ, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer*. avr 2009;100(7):1191-7.
26. Kabibou S, Luc B, J ALF, Achille OAA, René-Xavier P. FACTEURS ASSOCIÉS AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET CANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS DANS LA VILLE DE PARAKOU AU BÉNIN. *European Scientific Journal, ESJ* [Internet]. 30 déc 2015 [cité 11 déc 2018];11(36). Disponible sur: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6767>
27. Wudtisan J, Tantipalakorn C, Charoenkwan K, Sreshthaputra R, Srisomboon J. Factors Associated with Development of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Uterine Cervix in Women Younger than 30 Years. *Asian Pac J Cancer Prev*. 1 avr 2019;20(4):1031-6.
28. Koffi B, Serdouma E, Mbolissa-Nguérékoudou W, Ngadjou-Kouchou-Fondjo M, Pengoussou-Gbatoumba V, Sépou A, et al. Dysplasies cervicales chez les femmes séropositives pour le VIH en zone de forte prévalence de l'infection. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 oct 2010;38(10):576-80.
29. Looker KJ, Rönn MM, Brock PM, Brisson M, Drolet M, Mayaud P, et al.

- Evidence of synergistic relationships between HIV and Human Papillomavirus (HPV): systematic reviews and meta-analyses of longitudinal studies of HPV acquisition and clearance by HIV status, and of HIV acquisition by HPV status. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 5 juin 2018 [cité 2 juin 2019];21(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5989783/>
30. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, Havrilesky LJ, Moorman PG, Lowery WJ, et al. Oral Contraceptive Use and Risk of Breast, Cervical, Colorectal, and Endometrial Cancers: A Systematic Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1 nov 2013;22(11):1931-43.
 31. Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *Journal of Infection*. 1 mars 2013;66(3):207-17.
 32. Goldman L, Masson PL. *Goldman's Cecil Medicine Cancérologie*. Elsevier Health Sciences; 2015. 337 p.
 33. Mogtomo MLK, Malieugoue LCG, Djiepgang C, Wankam M, Moune A, Ngane AN. Incidence of cervical disease associated to HPV in human immunodeficiency infected women under highly active antiretroviral therapy. *Infect Agent Cancer*. 3 juin 2009;4:9.
 34. Dangou J-M, Keïta N, Mbaye K. PRÉVENTION ET MANAGEMENT DU CANCER DU COL UTÉRIN EN GUINÉE. (15):7.
 35. (PDF) Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus [Internet]. ResearchGate. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/255619832_Donnees_epidemiologiques_sur_le_cancer_du_col_de_l'uterus
 36. A. Ly. Le cancer du col utérin : nouveaux vaccins, nouvelles perspectives ? *Journal Africain du Cancer / African Journal of Cancer*. 2009;
 37. Watson-Jones D, Baisley K, Brown J, Kavishe B, Andreasen A, Chagalucha J, et al. High prevalence and incidence of human papillomavirus in a cohort of healthy young African female subjects. *Sex Transm Infect*. 1 août 2013;89(5):358-65.
 38. Adams AK, Wise-Draper TM, Wells SI. Human Papillomavirus Induced Transformation in Cervical and Head and Neck Cancers. *Cancers (Basel)*. 15 sept 2014;6(3):1793-820.
 39. Nartey Y, Hill P, Amo-Antwi K, Asmah R, Nyarko K, Yarney J, et al. Recommendations for cervical cancer prevention and control in Ghana: public education and human papillomavirus vaccination. *Ghana Med J*. juin 2018;52(2):94-102.
 40. Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP, Arbyn M. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 9 mai 2018 [cité 16 juin 2019];2018(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494566/>
 41. Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, Kitchener HC. Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*. 7 sept 2013;382(9895):889-99.
 42. CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf
 43. Vahedpoor Z, Behrashi M, Khomehchian T, Abedzadeh-Kalahroudi M, Moravveji A, Mohmadi-Kartalayi M. Comparison of the diagnostic value of the visual inspection with acetic acid (VIA) and Pap smear in cervical cancer screening. *Taiwan J Obstet Gynecol*. mai 2019;58(3):345-8.
 44. Mirghani H, Jung AC, Fakhry C. Primary, secondary and tertiary prevention of

human papillomavirus-driven head and neck cancers. *European Journal of Cancer*. 1 juin 2017;78:105-15.

45. Salaire moyen au Congo-Brazzaville [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.journaldunet.com/business/salaire/congo-brazzaville/pays-cog>

46. Bases anatomiques et pathologiques de l'inspection visuelle avec l'acide

acétique (IVA) et avec le soluté de Lugol (IVL) Anatomical and pathological basis of visual inspection [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur:

<http://screening.iarc.fr/viavilichap1.php?lang=2>

AUTEUR : OUOLO IMMATH

Prénom : Charles Raoul

Date de Soutenance : Vendredi 4 Octobre 2019

Titre de la Thèse : Etude épidémiologique du cancer du col de l'utérus lors d'une campagne de dépistage à Pointe Noire en république du Congo en 2019

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Epidémiologie, Cancérologie

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : epidemiology ,uterine cervix carcinoma

Contexte : Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le monde et première cause de mortalité féminine dans les pays en voie de développement. Au Congo Brazzaville il existe peu d'études sur l'incidence du cancer du col de l'utérus en fonction des principaux facteurs de risque. Les prévisions de GLOBOCAN sont alarmantes sur la mortalité du cancer du col dans les pays d'Afrique francophone à l'horizon 2030 avec un nombre de décès à 25808.

Méthode : Etude épidémiologique descriptive transversale prospective réalisée en Juin 2014 à Pointe Noire ville de la république du Congo réalisée dans le cadre d'une campagne de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires : HTA, diabète, obésité, au sein d'une population volontaire. La population étudiée était des femmes majeures âgées de moins de 74 ans, se présentant spontanément pour un dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus à Pointe Noire du 23 juin au 3 juillet 2014.

Résultats : 1033 femmes ont été incluses. La moyenne d'âge dans notre étude était de 44,15 ans. 1033 frottis ont été étudiés. 51 colposcopies dont 38 biopsies ont été réalisées .44 femmes avaient une cytologie anormale selon la Classification de BETHESDA, dont 3 % de lésions de bas grade et 1,1% de lésions de haut grade et 0,2% de cancer invasif.

Conclusion : Les résultats de notre étude n'ont pas montré de liens significatifs entre les différents facteurs de risques étudiés. Il y a cependant une tendance de risque de développer un cancer lié au comportement sexuel. L'évolution lente du cancer de l'utérus en fait un bon candidat au dépistage. Il existe des moyens de prévention qui ont permis le déclassement du cancer de l'utérus dans les pays développés. Cependant le coût de la vaccination reste encore élevé dans les pays en voie de développement, d'où la nécessité d'une vraie politique de santé publique associant l'éducation de la population et dépistage précoce par des techniques visuelles moins coûteuses permettant l'éradication des lésions précancéreuses.

Composition du Jury :

Président : Pr Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Professeure Florence RICHARD

Pr Denis DELPLANQUE

Directeur de Thèse :

Docteur Guy-Serge KESSY

