

# LE CANCER DU COL UTERIN AU CHU DE KAMENGE A PROPOS DE 35 CAS

D. MUTEGANYA\*, T. BIGAYI\*, V. BIGIRIMANA\*\*, J.B. SINDAYIRWANYA\*, G. MARERWA\*\*.

## RESUME

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective de 35 cas de cancers du col utérin colligés en 8 ans (de janvier 1986 à décembre 1993) dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU de Kamenge. Il ressort de cette étude que le cancer du col utérin représente 37,3 % des cancers gynécologiques enregistrés au CHU de Kamenge.

La moyenne d'âge des patientes était de 43,09 ans.

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la confirmation du diagnostic était en moyenne de 8,6 mois. Les stades I, IIa, IIb, III et IV selon la FIGO représentaient respectivement 5,70 % ; 17,14 % ; 31,43 % ; 34,30 % et 11,43 % des cas. Les auteurs montrent les difficultés de prise en charge des patientes aux stades inopérables, la radiothérapie étant encore inexistante au Burundi.

*Mots-clés : cancer du col utérin, radiothérapie.*

## SUMMARY

*Uterine cervix cancer at Kamenge CHU - 35 cases*

The authors report the results of a retrospective study of 35 cases of uterine cervix cancer. The study was carried out for 8 years (from January 1986 to December 1993) within the Department of Gynecology-Obstetrics at Kamenge CHU.

The study reveals that the uterine cervix cancer represents 37.3 % of gynecological cancers recorded at Kamenge CHU.

The average age of the patients was 43.09 years. The period between the appearance of the first symptoms and the confirmation of the diagnosis showed an average of 8.6 months. The I, IIa, IIb, III and IV stages according to FIGO were respectively 5.7 % ; 17.14 % ; 31.43 % ; 34.30 % and 11.43 % of the cases. The authors point out the difficulties of treating the patients at the unsurgical stages, since radiotherapy does not exist in Burundi now.

*Key-words : uterine cervix cancer, radiotherapy.*

## INTRODUCTION

Le cancer du col utérin a beaucoup régressé dans les pays occidentaux, grâce d'une part à une politique de dépistage précoce et d'autre part à un traitement adapté au stade de la maladie. Il constitue par contre un problème de santé publique dans les pays en développement, où tous les facteurs de risque se trouvent accumulés : épidémie des maladies sexuellement transmissibles, précocité des rapports sexuels, multiplicité des partenaires, multiparité, pauvreté et absence de politique de dépistage.

Le pronostic reste sombre du fait du diagnostic tardif et du traitement souvent inadapté au stade de la maladie.

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'importance de cette pathologie et d'en présenter les aspects épidémiologiques et les problèmes thérapeutiques.

## MATERIEL ET METHODES

### A - Matériel

Nous avons étudié de façon rétrospective 35 cas de cancer du col utérin traités en 8 ans (janvier 1986 à décembre 1993) dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU de Kamenge.

### B - Méthodes

Le travail s'est basé sur le dépouillement des dossiers cliniques, le recueil des résultats de biopsie du col utérin et les protocoles opératoires consignés dans les registres du département.

Nous avons pu collecter 42 dossiers, dont 7 se sont révélés inexploitable.

Le critère d'inclusion était la confirmation histologique du cancer du col utérin.

Les paramètres suivants ont été pris en compte : l'âge, la parité, le niveau socio-économique, le stade de la maladie et le traitement appliqué.

\* Département de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Kamenge, B.P. 1020 Bujumbura-Burundi

\*\* Département des Laboratoires CHU de Kamenge - B. P. 1020.

**RESULTATS****Tableau 1 : Répartition selon l'âge**

Classe d'âge	Nombre de cas	%
21-30 ans	3	8,6
31-40 ans	10	28,6
41-50 ans	12	34,3
51-60 ans	9	25,7
61-70 ans	1	2,8

L'âge des patientes était compris entre 27 et 68 ans avec un âge moyen de 43,09 ans.

**Tableau II : Répartition selon l'âge de mariage**

Age de mariage	Effectifs	%
< 16 ans	2	5,7
16-20 ans	21	60
21-25 ans	6	17
> 25 ans	1	3
Inconnu	5	14,3

Le mariage avant l'âge de 20 ans était noté dans 65,7 % des cas.

**Tableau III : Répartition selon la parité**

Parité	Effectifs	%
0	0	0
1 à 3	8	22,85
4 à 6	8	22,85
7 à 9	10	28,57
>9	9	25,71
Total	35	100

Les grandes multipares (parité > 7) représentaient 54,28 % de la série.

**Tableau IV : Signes révélateurs**

Signes	Effectifs	%
Métrorragies	32	91,42
Douleurs pelviennes	23	65,71
Leucorrhées	16	45,71
Troubles urinaires	2	5,71
Autres	7	20

Les métrorragies ont constitué le principal signe d'appel.

**Tableau V : Répartition selon le stade**

Stade	Effectifs	%	
I	2	5,7	
II	II a	6	17,14
	II b	11	31,43
III	12	34,3	
IV	4	11,43	

Les stades supérieur ou égal au stade IIb concernaient 77,16 % des cas

**DISCUSSION**

Le cancer du col utérin occupe la première place des cancers de la femme en Afrique subsaharienne (1, 2, 3). Il représente 37,3% des cancers gynécologiques traités au CHU de Kamenge. Une étude antérieure, réalisée en 1990 au niveau national, montrait qu'il venait en tête des cancers de la femme au Burundi avec 33,8 % des cas (4).

La moyenne d'âge de notre série était de 43,09 ans, comparable à celle de la série de BOUFFARD et coll (5) qui est de 43 ans. Elle était par contre inférieure à celle des autres séries africaines (1, 6, 7, 8). La tranche d'âge de 41 à 50 ans était la plus représentée avec 34,30 %. Selon QUENUM (9), le cancer en Afrique apparaît à un âge relativement jeune par rapport aux pays occidentaux.

L'âge au moment des premières relations sexuelles n'était pas noté, mais l'âge du mariage, connu pour 30 de nos patientes, était inférieur à 20 ans pour 76,6 % d'entre elles. BEN YOUSSEF et coll (7) trouvent un taux de mariage précoce (avant 20 ans) dans 89 % de leur série.

Beaucoup d'auteurs (3, 5, 7, 10, 11) insistent sur la multiparité et le bas niveau socio-économique comme facteurs de risque. 54 % des patientes de notre série étaient constituées de grandes multipares avec une parité au moins égale à 7, et 88 % d'entre elles provenaient soit du milieu rural, soit des quartiers pauvres de Bujumbura.

Les métrorragies ont constitué le principal signe d'appel, suivies par ordre décroissant de douleurs pelviennes, de leucorrhées, et rarement de troubles urinaires. Ces symptômes étaient souvent associés.

Le délai entre l'apparition des symptômes et la découverte de la maladie était en moyenne de 8,6 mois, comparable à celui de MOUELE SONE et coll. (1) qui était de 8 mois dans leur série.

77 % des malades consultaient au stade au moins égal au stade IIB de la FIGO, et beaucoup de publications soulignent la découverte de cette pathologie à des stades très avancés en Afrique (1, 5, 6, 12, 13, 14).

Dans notre série, le carcinome épidermoïde représentait 95,26 % des cas. Certains auteurs (15, 16) notent ces dernières années une augmentation relative des adénocarcinomes par rapport aux carcinomes épidermoïdes parmi les cancers cervicaux de la femme jeune, avec une fréquence comprise entre 10 et 20 %.

La conduite thérapeutique est de plus en plus codifiée pour les cancers invasifs du col. Elle consiste en une chirurgie seule ou en une association radio chirurgicale pour les cas opérables. Par contre, il n'y a pas de conduite thérapeutique qui fasse l'unanimité pour les cancers microinvasifs. Certains auteurs (17, 18) préconisent même un traitement conservateur sous forme de conisation pour des patientes jeunes, désireuses de maternité, et dont le stade ne dépasse pas le stade Ia. L'exérèse doit passer en zones saines, et la patiente doit accepter de se soumettre à une surveillance régulière. Des 19 patientes dont le stade ne dépassait pas le

stade IIB, 17 ont été traitées par chirurgie exclusive.

Le geste chirurgical allait d'une hystérectomie totale avec conservation des annexes à une colpo-hystérectomie élargie avec lymphadénectomie ilio-pelviennne. Deux patientes ont pu bénéficier d'une évacuation sanitaire en Europe où elles ont été traitées par association radio chirurgicale.

Les patientes aux stades inopérables n'ont bénéficié que d'un traitement symptomatique sous forme d'antalgiques ou d'antibiotiques pour les cas infectés, la radiothérapie et l'exentération n'étant pas encore réalisables au Burundi.

La durée moyenne d'hospitalisation variait de 8 à 30 jours avec une moyenne de 13,1 jours.

Nous n'avons pas noté de complications post-opératoires. Seules 9 des malades opérées ont pu être suivies pendant 1 an, les autres ont été perdues de vue. Nous avons relevé 5 cas récidives locales, et 1 cas de métastases à distance.

## CONCLUSION

Le cancer du col-utérin reste un problème de santé publique dans les pays en développement en général et au Burundi en particulier.

La plupart des patientes consultent à des stades tardifs, au moment où la prise en charge adéquate nécessite une radiothérapie ou un traitement palliatif.

La réduction de la mortalité liée à cette pathologie devra passer par la lutte contre les facteurs favorisants, par la détection précoce et par un traitement adapté au stade.

Les pouvoirs publics sont interpellés pour d'une part mettre en place une politique de dépistage systématique, et pour d'autre part, doter le CHU de Kamenge, hôpital national de référence, de plateaux techniques adéquats, comprenant entre autre une unité de radiothérapie.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - MOUELE SONE A., ESSOMBA M., FEZEU M., AMANA J.P., NGNAH A.  
Intérêt de la radiothérapie dans le traitement du cancer du col utérin dans les pays en développement.  
Médecine d'Afrique Noire : 1994, 41(6) : 373-378.
- 2 - STANDAERT B. et MEHEUS A.  
Le cancer du col utérin en Afrique  
Médecine d'Afrique Noire : 1985, 32 (10) : 407-414.
- 3 - MOUELE SONE A., EFA FOUA, NGONDE SENDE C., AMANA J.P., DUROSINMI-ETTI F.A., YOMI J., PERNOT M., ALETTI P., BEY P.  
Le développement de la curiethérapie des cancers de l'utérus au Cameroun : une assistance internationale coordonnée par l'A.I.E.A.

- Médecine d'Afrique Noire : 1995, 42 (10) : 490-493.
- 4 - NDORICIMPA J.  
Registre des cancers au Burundi : premiers résultats d'une enquête menée à Bujumbura.  
Thèse Méd. Bujumbura, 1990.
- 5 - BOUFFARD et Collaborateurs.  
Cancers du col utérin au stade avancé observés à l'hôpital Principal de Dakar.  
Médecine d'Afrique Noire : 1978, 25 (3) : 157-158.
- 6 - YOMI J., MONKAM G., TAGNI D., DOH A.  
Traitement 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) : 150-154.
- 7 - BEN YOUSSEF R., MAALEJ M., BEN YOUSSEF L. et coll.  
Le cancer du col en Tunisie. Présentation clinique et évolution au cours d'une période de 10 ans.  
J.Gynécol. Obstét.Biol. Reprod., 1987,16 : 63-68
- 8 - PARAISO D.I. et GOMBE MBALAWA.  
Regard sur les cancers chez la femme en Afrique.  
Inter. Fac.Afrique, 1988, suppl.n°1, 22-26.
- 9 - QUENUM C., CAMAIN R., BAYLET R.  
Le cancer en Afrique Noire. Epidémiologie et pathologie géographique du cancer en Afrique.  
Médecine d'Afrique Noire : 1971, 18 (3) : 165-186.
- 10 - HOROWITZ IRA P., JACOBSON L. P., ZUCKER P. K. et al.  
Epidemiology of adenocarcinoma of the cervix.  
Gynecol. oncol. 1988, 31 : 25-31.
- 11 - BRINTON L.A., HERRERO R., REEVES W.C., DE BRITTON R.C., GAETAN E., TENORIO F.  
Risk factors for cervical cancer by histology.  
Gynecol. oncol. 1993, 51 : 301-306.
- 12 - SANGARE M., KONE N., HOUPHOET K. et coll.  
Cancer du col utérin en Côte d'Ivoire. Aspects épidémiologiques.  
Rev. Méd. Côte d'Ivoire, 1986, 75 : 112-118.
- 13 - GOMBE MBALAWA Ch., TATY J., MABENGO P. et coll.  
Les cancers gynécologiques et mammaires à Brazzaville. Réflexions à propos de 195 cas.  
Rev. Méd. Côte d'Ivoire, 1984, 69 : 15-23.
- 14 - AFOUTOU J.M.  
Expérience dakaroise de dépistage cytologique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin (1981-1984).  
Médecine d'Afrique Noire, 1986, 33 : 543-555.
- 15 - THOME SAINT - PAUL M., BREMOND A., ROCHET Y.  
Cancer du col utérin avant 35 ans : Aspects épidémiologiques et pronostiques. Etude rétrospective de 46 cas de cancers du col utérin avant 35 ans, à partir d'une série de 449 cas de stades IA2 et IV.  
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1993, 22 : 737-742.
- 16 - MARIE G., BARJOT Ph., CROUET H., MACE-LESECH J., DOMMESENT D., UZAN M.  
Le cancer cervical de la femme jeune.  
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1993, 22 : 743-747.
- 17 - JONES W.B., MERCER G.O., LEWIS J.L., RUBIN S.C., HOSKINS W.J.  
Early invasive carcinoma of the cervix.  
Gynecol. oncol. 1993, 51 : 26-32.
- 18 - MORRIS M., MITCHELL M.F., SILVA E.G., COPELAND L.J., GERSHENSON D.M.  
Cervical conization as definitive therapy for early invasive squamous carcinoma of the cervix.  
Gynecol. oncol, 1993,51 : 193-196.