

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES COLLEGIENNES SUR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS A PARAKOU BENIN

VODOUHE MV¹, SALIFOU K¹, OGOUDJOBI OM², SIDI IR¹, FATIOU BIF¹, FOURN L²

¹ Département Mère Enfant, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Benin

² Département Mère Enfant, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Benin

Auteur correspondant : Vodouhe MV, Tel : 22997650285 ; E-mail : vodoct@yahoo.fr

RESUME:

Le cancer du col de l'utérus est le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde entier et la cause principale de morts par cancer chez les femmes dans les pays en voie de développement. L'objectif de cette enquête prospective, transversale, descriptive et analytique était d'évaluer les Connaissances, Attitudes et Pratiques des collégiennes de la ville de Parakou par rapport au cancer du col. L'enquête s'était déroulée dans les collèges publics et privés d'enseignement général ou technique et professionnel de la ville de Parakou du 16 Mai au 27 mai 2016. Quatre cent soixante-dix-neuf collégiennes avaient été interrogées : Moins de la moitié d'entre elles (46,4%) avaient affirmé avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus. La presque totalité d'entre elles soit 99,0%, ne connaissait pas les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus, et n'avait pas de connaissance sur la vaccination pour prévenir le cancer du col. Peu de collégiennes (3,1%) connaissaient au moins un moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, la totalité des filles pensaient que la médecine traditionnelle pouvait guérir le cancer du col. Par défaut d'information peu de collégiennes avaient bénéficié d'un moyen de dépistage de cette affection : le Frottis Cervico-utérin (3,1%), l'inspection visuelle du col de l'utérus (0,2%). Plus du tiers des collégiennes (41,8%) avaient affirmé avoir déjà eu leur premier rapport sexuel. La plupart d'entre elles étaient disposées à se faire vacciner pour prévenir le cancer du col (84,2%) si le vaccin était disponible, ou à bénéficier d'un dépistage du cancer du col (96,4%). La plupart des collégiennes ne connaissaient pas les facteurs de risque, les moyens de dépistage et de prévention du cancer du col. Dans une proportion importante, elles étaient disposées à bénéficier de la vaccination contre le cancer du col et d'un dépistage de cette affection.

MOTS CLES : Cancer du col utérin, vaccination anti-HPV, collégienne, prévention, dépistage.

SUMMARY :

Cervical cancer is the third most common cancer in women worldwide and the leading cause of deaths among women in developing countries. The objective of this descriptive and analytical cross-sectional survey was to assess the knowledge, attitudes and practices of college students in the city of Parakou about the cervical cancer. The survey took place in the public and private colleges and professional education in the city of Parakou from May 16 to May 27, 2016. Four hundred and seventy-nine college girls were interviewed: Less than half (46,4%) said they had heard about cervical cancer. Almost all of them (99.0%) did not know the risk factors for cervical cancer, did not know about the vaccination to prevent it (99,3%). In addition, all of the college girls thought that traditional medicine could cure cervical cancer. By default of information, only few college girls had benefited of a means of screening : The cervico-uterine smear (3%), the visual inspection of the cervix (0,2%). More than one-third of college girls (41.8%) said they had already their first sexual intercourse. Most of them were willing to be vaccinated to prevent cervical cancer (84.2%) if the vaccine was available, or to have cervical cancer screening (96.4%). Most college girls did not know the risk factors, the means of screening and prevention of cervical cancer. Significantly, they were willing to benefit cervical cancer vaccination and screening for cervical cancer.

KEY WORDS : Cervical cancer, HPV vaccination, college, prevention, screening.

INTRODUCTION :

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde entier et la cause principale de décès par cancer chez les femmes dans les pays en voie de développement [1]. Au Bénin, à Cotonou, le cancer du col de l'utérus (CCU) occupait le deuxième rang des cancers gynécologiques et mammaires avec 26,7% [2]. Cette étude rapportait également que 32,2 % des patientes consultaient tardivement entre 1 et 6 mois ou 26,2% au-delà de 3 ans après les premières manifestations de la maladie. Aussi, la plupart de ces cancers soit 65 %, étaient-ils diagnostiqués à un stade avancé ; leur pronostic était donc mauvais dans 42% des cas de survie à cinq ans et la prise en charge lourde au plan financier et thérapeutique [2]. L'infection persistante au Human Papillomavirus (HPV) est la principale cause de cancer du col, les sérotypes 16 et 18 causant environ 70% des cancers [3]. L'infection au HPV est une infection sexuellement transmissible (IST). Certains comportements sexuels néfastes comme le jeune âge au 1er rapports sexuels et les partenaires sexuels multiples augmentent le risque d'infection au HPV [4] surtout chez les adolescentes et les adultes jeunes. Il existe des moyens de prévention de l'infection et de ces lésions que sont : la vaccination, le dépistage précoce et l'information des adolescentes. Le moyen de prévention qui apparaît le plus efficace est la vaccination contre le HPV [5] lorsqu'elle est administrée avant l'exposition aux rapports sexuels. Le programme de vaccination est en cours dans plusieurs pays, associé au dépistage précoce [6]. Le recours précoce à ces moyens permet d'éviter le CCU à 100% [4,7]. Une analyse des données sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations juvéniles peut permettre d'élaborer des programmes pertinents de lutte contre ce cancer du col. D'où notre intérêt pour la présente étude qui avait pour objectif d'évaluer les Connaissances, Attitudes et Pratiques des collégiennes de Parakou par rapport au cancer du col.

CADRE ET METHODE D'ETUDE :

L'enquête s'était déroulée dans les collèges publics et privés d'enseignement général, technique et

professionnel de la commune de Parakou du 16 au 27 mai 2016. Parakou est une ville du Nord-Est du Bénin et la capitale du département du Borgou. La commune de Parakou dispose de douze établissements publics d'enseignement général, deux établissements publics d'enseignement technique et professionnel, quatre-vingt-deux établissements privés d'enseignement général technique et professionnel. Le nombre total des élèves inscrits pour l'année 2015-2016 était de 40991, dont 15087 élèves filles dans les établissements publics et 3387 dans les établissements privés. Il s'agissait d'une enquête prospective, transversale, descriptive et analytique.

La population d'étude était constituée de l'ensemble des élèves des collèges d'enseignement général technique et professionnel publics et privés de la commune de Parakou.

Pour participer à l'étude, les collégiennes devaient remplir les critères ci-après :

- Etre en classe de troisième ou seconde ou première et terminale d'un établissement secondaire public ou privé,
- Etre présente en classe le jour de la collecte des données.

Les collégiennes n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'enquête ont été exclues de l'étude.

La taille minimale de l'échantillon avait été calculée par la formule de SCHWARTZ avec : $n =$ nombre minimal d'élèves à enquêter, $z =$ écart réduit au risque α (1,96) ; $p :$ prévalence 71% [8] ; $q = 1-p = 29%$; $i = 4%$ (précision souhaitée pour nos résultats) ; $n = 1,96^2 \times 0,71 \times 0,29 / 0,04^2 ; = 494$.

L'étude avait été menée selon la technique d'échantillonnage à plusieurs degrés (trois degrés au total).

❖ Le premier degré correspondait à la sélection des collèges. Ainsi, parmi les 13 Collèges d'Enseignement Général (CEG) publiques que comptait la commune de Parakou en 2016, 03 ont été exclus parce qu'ils étaient nouvellement créés et de ce fait n'avaient pas le second cycle. A ce niveau, 75% de ces établissements, soient 8 CEG ont été sélectionnés de façon aléatoire. Nous avons également sélectionné de façon aléatoire 8 établissements privés. Au total, 16 établissements

publics et privés ont été retenus pour constituer la liste des unités primaires. La taille de l'échantillon estimée était de 494 élèves. Cette taille avait été répartie proportionnellement au nombre total d'élèves éligibles de troisième en Terminale dans chaque établissement. Le nombre d'élève à enquêter dans chaque établissement a été calculé par la formule suivante : Nombre d'élèves à enquêter dans le CEG = (nombre d'élèves éligibles dans le CEG * Taille de l'échantillon) / Nombre total d'élèves éligibles dans les 16 CEG.

❖ Le deuxième degré correspondait à la sélection des classes par promotion. Dans chaque établissement tiré, toutes les promotions de la 3ème en Terminale ont été considérées. Deux classes par promotion ont été sélectionnées au hasard. Le nombre d'élève à enquêter dans chaque promotion a été obtenu proportionnellement au poids de la promotion. Il a été obtenu par la formule suivante : Nombre d'élèves à enquêter dans la promotion = (nombre d'élèves éligible dans la promotion * Nombre total à enquêter dans le CEG) / Nombre total d'élèves éligibles dans le CEG.)

❖ Le troisième degré correspondait à la sélection des élèves à enquêter. Pour ce faire, le nombre d'élèves à enquêter par promotion avait été reparti proportionnellement aux effectifs des deux classes qui ont été titrées au sort au second degré. Dans chacune des classes, la liste des élèves a été établie et le nombre à enquêter a été tiré de façon aléatoire.

Les données proviennent d'une entrevue individuelle structurée et menée entre l'enquêteur et l'enquêté. L'équipe de collecte constituée de 10 enquêteurs et de 2 superviseurs préalablement formés à cet effet a utilisé un questionnaire. Ils étaient épidémiologistes ou étudiants en médecine. Le questionnaire comportait des questions sur les données sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques par rapport au cancer du col. Les données sociodémographiques portaient sur l'âge, l'Année d'étude des élèves, le type d'établissement, la série d'étude (scientifique ou littéraire). Les connaissances des collégiennes portaient sur la définition, les facteurs de risque, les moyens de prévention (dépistage, préservatif, la vaccination), la source d'information du cancer

du col de l'utérus. Les attitudes (comportements) des collégiennes avaient été appréciées par rapport aux facteurs de risque, moyens de dépistage du cancer du col, vaccination contre le HPV, rapports sexuels, utilisation de préservatif. Les pratiques des collégiennes avaient été appréciées par rapport au dépistage du CCU, la vaccination contre le HPV et l'utilisation du préservatif. Pour juger la connaissance, l'attitude et la pratique, nous avons utilisé la loi de tout ou rien : ainsi lorsque la Connaissance, l'Attitude ou la Pratique était correcte (exacte) nous lui attribuions la note 1, et la note 0 dans le cas contraire. Quant aux niveaux de Connaissance, d'Attitude et de Pratique parmi les enquêtées, il était qualifié de bon si plus de 70% des enquêtées donnaient une bonne réponse, de moyen si 50% à 70% des enquêtées donnaient une bonne réponse, et de Mauvais si moins de 50% donnaient une bonne réponse. Les données avaient été saisies dans le logiciel EPI data version 3.1. L'analyse des données avait été effectuée avec les logiciels EPI info version 7. Les variables quantitatives avaient été exprimées en moyenne plus leur écart type tandis que les variables qualitatives en fréquence. Les moyennes avaient été comparées avec le test t de Student et les fréquences avec le chi – 2 de Pearson ou le test exact de Fisher selon le cas. Pour toutes ces comparaisons la différence avait été considérée comme significative pour une p – valeur inférieur à 5%. Nous avons obtenu l'autorisation de la Direction Départementale de l'Enseignement Secondaire de la Formation Technique et Professionnelle, de la Reconversion et de l'Insertion des Jeunes du Borgou-Alibori (DDESFTPRIJ/BA). Le consentement éclairé des enquêtés avait été obtenu avant l'interview.

RESULTATS :

Quatre cent soixante-dix-neuf collégiennes ont été recrutées après ce sondage dont l'âge moyen était de 18,1 ± 2,2 ans. La plus jeune avait 13 ans et la plus âgée, 25 ans.

Connaissances des collégiennes sur le cancer du col de l'utérus :

Le tableau n°1 montre que la tranche d'âge comprise entre 15 et 19 ans était prédominante et que moins de la moitié des collégiennes avaient affirmé avoir entendu parler du cancer du col de l'utérus.

Tableau I : Caractéristiques démographiques des enquêtées

	Données démographiques	Effectif	Pourcentage
âge	< 15	19	4,0
	15 – 19	339	70,8
	20 – 24	119	24,8
	≥ 25	2	0,4
Type d'établissement	Public	399	83,3
	Privé	80	16,7
Classe	3e		22,1
	2nde		20,0
	1ère		21,3
	Terminale		34,4
Série	Littéraire	177	46,8
	Scientifique	201	53,2

Le tableau n°2 montre que près de la moitié des collégiennes avaient entendu parler du cancer du col de l'utérus, mais peu d'entre elle connaissait le CCU, ses facteurs de risque, ou ses moyens de prévention.

Tableau II : Répartition des collégiennes selon leurs connaissances sur le cancer du col de l'utérus (CCU)

	Effectifs (n= 479)	Pourcentage (%)
Avoir entendu parler du CCU	222	46,3
Connaissance du CCU	31	6,5
Connaissance des facteurs de risque du CCU	5	1,0
Connaissance du vaccin anti HPV	3	0,6
Connaissance des moyens de dépistage du CCU	15	3,1

Le tableau n°3 montre que la proportion de collégienne de 15 à 19 ans qui connaissaient le cancer du col était plus élevée que celle des collégiennes de 20 à 24 ans. L'âge était un facteur associé à la connaissance des élèves ($p=0,01$).

Tableau III : Relation entre les caractéristiques socio-démographiques et la connaissance du cancer du col de l'utérus (CCU)

	Connaissance sur le CCU		p
	Oui (31) n (%)	Non (448) n (%)	
Age (ans)			0,01
< 15	0	19 (4,2)	
15 – 19	18 (58,1)	321 (71,6)	
20 – 24	12 (38,7)	107 (24,0)	
≥ 25	1 (3,3)	1 (0,2)	
Classe d'étude			0,42
Troisième	4 (13,0)	112 (25,0)	
Seconde	5 (16,1)	91 (20,3)	
Première	8 (25,8)	94 (21,0)	
Terminale	14 (45,1)	151 (33,7)	
Type d'établissement			0,09
Public	31 (100,0)	368 (82,1)	
Privé	0	80 (18,9)	
Série d'étude			0,72
Littéraire	14 (50,0)	163 (46,6)	
Scientifique	14 (50,0)	187 (53,4)	
Au moins un parent scolarisé			0,77
Oui	21 (67,7)	292 (65,2)	
Non	10 (32,3)	156 (34,8)	

Attitudes des collégiennes sur le cancer du col de l'utérus et sa prévention :

Le tableau n°4 montre que la moitié des collégiennes (50,4%) pensaient que la vaccination était un moyen efficace de lutte contre le CCU. Plus du quart d'entre elles pensaient que son dépistage précoce pourrait en améliorer le pronostic. Les collégiennes avaient une bonne attitude par rapport aux moyens de prévention du cancer du col.

Il montre également que le niveau de pratique adéquate des collégiennes était mauvais : Moins de 50% d'entre elles (45%) utilisaient des méthodes préventives du CCU . Le manque d'information était la raison évoquée par les collégiennes qui n'ont pas bénéficié d'examen de dépistage du CCU : 98,5%. Aucune collégienne ne s'était vaccinée contre le HPV par défaut d'information et non disponibilité du vaccin.

Tableau IV : Attitude et Pratique des collégiennes par rapport à la prévention du cancer du col de l'utérus (CCU)

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Attitude Souhait du Dépistage du CCU	359	74,95	120	25,05
Souhait de Vaccination pour prévenir le CCU	404	84,34	75	15,66
Pratique Frottis cervico- utérin	14	3	465	97
Test de dépistage visuel du CCU	1	0,2	478	99,8
Utilisation de préservatif	200	41,8	279	58,24

Le tableau n°5 montre que la principale source d'information des collégiennes était la presse (38,7%) et les cours de biologie de la reproduction (26,1%).

Tableau n°5 : Répartition des collégiennes selon leurs sources d'informations sur le cancer du col de l'utérus

	Effectifs	Pourcentage
Amis	17	7,7
Agents de santé	36	16,2
Presse (TV, radio, internet, journaux)	86	38,7
Parents	14	6,3
Cours de biologie de la reproduction	58	26,1
Autre	11	5,0
Total	222	100,0

DISCUSSION :

Au terme de cette étude, moins de la moitié des collégiennes avait entendu parler du cancer du col de l'utérus. Ce résultat est faible par rapport à ceux rapportés par Munoz et al, au Cuba en 1996 [3] et Herrero et al en Turquie en 2012 [4]. Ces écarts des résultats peuvent s'expliquer par la différence de stratégie d'information sur le cancer du col de l'utérus en milieu scolaire dans les différents pays. Les collégiennes avaient principalement été informées par la télévision, la radio, l'internet et les journaux et par les cours de biologie de la reproduction. Ce qui va dans le même sens avec les résultats de Kamzol et al [9] en 2012 à Cracovie. La presque totalité des collégiennes interrogées ne connaissaient pas les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus. Un meilleur résultat avait été obtenu en Afrique du Sud [10]. Cette différence pourrait être due aux cibles des deux études : l'enquête sud-africaine avait été menée chez des étudiantes et la nôtre chez des collégiennes. Peu de collégiennes connaissaient au moins un moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce résultat est similaire à celui d'une étude effectuée par Hsu et al à Taiwan [11]. Hoque et al [12] qui avaient trouvé que près de la moitié des étudiantes connaissait les moyens de dépistage. Cet écart pourrait s'expliquer par la différence de niveau d'étude entre les deux populations cibles. Dans notre étude seulement trois élèves connaissaient la vaccination contre le HPV alors qu'en France une proportion élevée d'élèves, soit sept élèves sur dix, connaissaient l'existence de cette vaccination [13]. La facilité d'accès à l'information et le fait que la vaccination contre le HPV fasse partie du programme de vaccination en France pourraient expliquer cet écart. Plus des ¾ des collégiennes participant à l'étude ne croyaient pas à la gravité et au risque mortel du cancer du col de l'utérus. La totalité d'entre elles pensaient que la médecine traditionnelle pouvait guérir le cancer du col. Certes, cette médecine fait des prouesses pour certaines affections mais à ce jour peu de succès ont été rapportés en ce qui concerne la prise en charge des cancers. Etant entendu que la médecine moderne a aussi des limites sur la guérison, l'accent est mis sur la prévention dans tous les programmes de soins au niveau mondial. Près de la moitié des collégiennes ne croyait pas à l'efficacité de la vaccination pour son pouvoir de protection. Cette tendance a été observée par plusieurs auteurs dans la littérature [14,15]. En Turquie par exemple, neuf étudiantes sur dix ne croyaient pas que la vaccination pouvait prévenir le cancer du col et quatre étudiantes sur dix ignoraient

l'existence du vaccin [9]. Ces perceptions sont certainement dues à l'insuffisance voire même au manque d'information des jeunes filles et des parents sur le cancer du col, ses causes et ses moyens de prévention. Dans notre étude, une proportion élevée de collégiennes, était disposée à se vacciner contre le cancer du col si le vaccin était disponible. Ceci est contraire à l'observation faite en Malaisie où l'acceptabilité de la vaccination contre le HPV était faible [16]. La plupart des enquêtées n'avaient jamais bénéficié de dépistage de cancer du col par manque d'information. Ces résultats sont similaires à ceux de plusieurs autres études, [17 -19]. Les filles qui avaient déjà eu des rapports sexuels avaient déclaré avoir utilisé des moyens de protection lors de ces rapports. Ces résultats vont dans le même sens que ceux retrouvés par Lerais et al au Nigéria [20].

Par ailleurs, aucune des enquêtées n'avait été vaccinée contre le HPV par manque d'information et par indisponibilité de ces vaccins. Par contre en France [20] où il y a un programme de vaccination contre le HPV, une lycéenne sur quatre était vaccinée contre le HPV. L'échantillonnage était probabiliste selon la technique de sondage en grappe à deux degrés réduisant les risques de biais de sélection des élèves. L'enquête réalisée à l'aide de questionnaire comporte un certain nombre de limites portant sur des déclarations dont la fiabilité n'est pas garantie. L'existence des questions filtres a permis de réduire les biais d'information liés aux déclarations. Ces résultats peuvent être généralisés à l'ensemble des élèves de la commune de Parakou.

CONCLUSION :

Il ressort de notre étude que peu de collégiennes avaient entendu parler du cancer du col. La plupart d'entre elles ne connaissaient pas les facteurs de risque, les moyens de dépistage et l'existence d'une vaccination pour prévenir le cancer du col. La majorité d'entre elles n'avaient pas de bonne attitude par rapport au cancer du col. Cependant plus des trois quarts d'entre elles étaient disposées à se faire vacciner contre cette affection.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1- **Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al.** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 127(12):2893-917.
- 2- **Tonato JAB, Denakpo JL, Aguida B, et al.** Épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-

- Lagune (HOMEL) et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin. *Bull Cancer*. 2013;100(2):141-6.
- 3- **Munoz N, Bosch FX, Castellsague X, et al.** Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The International perspective. *Int J Cancer*. 2004;111:278-85.
 - 4- **Herrero R, Castle PE, Schiffman M, et al.** Epidemiologic profile of type-specific human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. *J Infect Dis*. 2004;191:1796-807.
 - 5- **Villa LL, Costa RLR, Petta CA, et al.** Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomized double-blind placebo-controlled multicentre Phase II efficacy trial. *Lancet Oncol*. 2005;6:271-8.
 - 6- **Al-Meer FM, Aseel MT, Al-Khalaf J, et al.** Knowledge, attitude and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar. *EMHJ*. 2011;17(11): 855-861.
 - 7- **Rengaswamy S, Atul M, Rajamanickam R.** Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001;79: 954–62.
 - 8- **Orrett FA, Balbirising M, Pinto-Pereira LM.** Knowledge of cervical cancer in teenage school children in Trinidad. *East Afr Med J*. 1996;73:400-3.
 - 9- **Kamzol W, Jaglarz K, Tomaszewski KA, et al.** Assessment of knowledge about cervical cancer and its prevention among female students aged 17-26 years. *Eur J Obs*. 2003;166:196-203.
 - 10- **Hoque E, Hoque M.** Knowledge of and attitude towards cervical cancer among female university students in South Africa. *South Afr J Epidemiol Infect*. 2009;24(1):24-4.
 - 11- **Hsu YY, Cheng YM, Hsu KF, et al.** Knowledge and beliefs about cervical cancer and human papillomavirus among Taiwanese undergraduate women. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(4):297-304.
 - 12- **Hoque ME, Ghuman S, Van Hal G.** Human Papillomavirus Vaccination Acceptability among Female University Students in South Africa. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14 (8):4865-9.
 - 13- **Smith JS, Herrero R, Boseti C, et al.** Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* . 2002;94:1604-13.
 - 14- **Hesham R, Ismarul Ishak, Nurhidayah S.** Knowledge and Views of Secondary School Students in Kuala Lumpur on Cervical Cancer and its Prevention. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013;14(4):2545-9.
 - 15- **Ilyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH.** Cervical cancer risk perception and predictors of human papilloma virus vaccine acceptance among female university students in northern Nigeria. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;30(8):857-62.
 - 16- **Hesham R, Syarif Husin L, Kiat Aun N.** Knowledge of Cervical Cancer and Acceptance of HPV Vaccination among Secondary School Students in Sarawak, Malaysia. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2009; 12:1837-41.
 - 17- **Dhendup T, Tshering P.** Cervical cancer knowledge and screening behaviors among female university graduates of year 2012 attending national graduate orientation program, Bhutan. *BMC Women's Health*. 2014;14(44):1-7.
 - 18- **Aniebue PN, Aniebue UU.** Awareness and practice of cervical cancer screening among female undergraduate students in a Nigerian university. *J Cancer Educ*. 2010;25(1):106-8.
 - 19- **Ayinde OA, Omigbodun AO, Ilesanmi AO.** Awareness of cervical cancer, Papanicolaou's smear and its utilisation among female undergraduates in Ibadan. *African Journal for Reproductive Health/ La Revue Africaine de la Santé Reproductive*. 2004;8(3):68-80.
 - 20- **Lerais I, Mai-Ly D, Gardella F et al.** (2010) Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human Papilloma Virus (HPV). Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2010 ;11 :97-100.

UTÉRUS CICATRICIEL : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE ZONE D'ABOMEY- CALAVI - SO AVA

ABOUBAKAR M¹, HOUNKPATIN B¹, TOGNIFODE VM¹, TCHOUNGUI N², TONATO-BAGNAN AJ¹, PERRIN RX¹

¹Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-MEL), Cotonou, Benin

²Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey calavi-So Ava

Auteur correspondant : Aboubakar Moufalilou, Gynécologue-obstétricien, CHU-MEL,
01BP107, Cotonou, e-mail : moufaliloua@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail était de décrire la fréquence et l'issue des grossesses dans un utérus cicatriciel au Centre Hospitalier et Universitaire de Zone d'Abomey-calavi-So Ava. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive transversale, sur une période de six mois allant du 1er février au 31 juillet 2016. Elle a porté sur les parturientes porteuses d'une grossesse à terme dans un utérus unicatriciel. Au total 174 grossesses dans un utérus cicatriciel ont été colligées sur 1708 accouchements. Les accouchements chez les gestantes porteuses d'un utérus unicatriciel ont représenté 12,2%. L'âge moyen était de 28,57ans ± 4,94. L'épreuve utérine a été réalisée chez 61 gestantes soit 35 % des cas. Elle a réussi chez 38 parturientes soit 62,3%. Nous avons enregistré deux hémorragies du post partum immédiat et une endométrite. Parmi les échecs, une rupture utérine associée à un décès périnatal a été notée. Aucun décès maternel n'a été enregistré. Les nouveau-nés issus d'un accouchement vaginal avaient un meilleur pronostic que ceux nés par césarienne après échec de l'épreuve utérine. L'accouchement par voie vaginale dans un utérus unicatriciel est possible. L'amélioration du plateau technique et une meilleure surveillance du travail d'accouchement peuvent permettre d'en améliorer le pronostic.

Mots clés : Utérus unicatriciel-accouchement-pronostic materno-foetal

SUMMARY

To describe the frequency and outcome of pregnancies in a scar uterus at the University-affiliated hospital of Abomey calavi-So Ava. This was a descriptive, cross-sectional prospective study over a six-month period from February 1 to July 31, 2016. It focused on parturients who had a full term pregnancy in a single scar uterus. A total of 174 pregnancies in a scar uterus were collected from 1708 deliveries. Delivery in pregnant women with a single uterus scar accounted for 12.2%. The average age was 28.57 ± 4.94 years. The vaginal birth in scar uterus was performed in 61 pregnant women (35 % of the cases) and was successful in 38 parturients (62.3%). Two cases of immediate post partum hemorrhage and one case of endometritis were recorded. The failures included uterine rupture associated with perinatal death. No maternal death has been recorded. New borns from vaginal delivery had a better prognosis than those born by caesarean section after failure of vaginal birth. Vaginal delivery in women with a single scar uterus is possible. A better technical platform and the monitoring of the labor may improve the prognosis.

Key words: single scar uterus-delivery-maternal and fetal prognosis

INTRODUCTION

Ces trois dernières décennies, on assiste à une croissance exponentielle des taux de césarienne

notamment dans les pays développés [1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans deux enquêtes multipays portant sur la santé maternelle et

périnatale a trouvé un accroissement du taux global de césarienne qui est passé de 26,4% entre 2004 et 2008 à 31,2% entre 2010-2011[2]. Ainsi et selon la même organisation, les femmes ayant un utérus cicatriciel constituent le plus gros pourvoyeur au taux de césarienne quel que soit le niveau de PIB [1]du pays : en 2015, le taux de césarienne chez les femmes ayant un utérus cicatriciel variait entre 78.1% et 79.4% dans les pays à revenu élevé, 85,2 et 87,5% dans les pays à revenu intermédiaire et 63.2% et 72.15% dans les pays à faible revenu. L'aphorisme de CRAGNIN, datant de 1916 « césarienne une fois, césarienne toujours » est certes remis en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente[3].

Pour inverser cette tendance l'OMS, recommande d'abandonner la césarienne itérative systématique devant les utérus cicatriciels. Ainsi une épreuve utérine devrait être proposée à toute femme ayant un antécédent de césarienne segmentaire basse, dont l'indication n'est pas permanente et ne présentant pas par ailleurs de contre indication à un accouchement vaginal. [4,5].

A Cotonou, l'accouchement par voie naturelle chez les gestantes ayant un antécédent de césarienne est privilégié, en l'absence de cause permanente de césarienne et lorsque les conditions environnementales (bloc opératoire fonctionnel, produits sanguins disponibles) sont réunies. Mais il a fait l'objet de peu d'étude en ce qui concerne son pronostic materno-foetal.

Nous nous proposons d'étudier la prise en charge des gestantes porteuses d'utérus uni cicatriciel au Centre Hospitalier et Universitaire de Zone (CHUZ) d'Abomey calavi-Sô ava

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive transversale, sur une période de six mois allant du 1er février au 31 juillet 2016. Elle s'est déroulée au CHUZ d'Abomey calavi-Sô ava correspondant au premier niveau de référence de la pyramide sanitaire du Bénin. Notre population d'étude était composée des parturientes reçues à la maternité dudit centre pendant la période d'étude. Ont été incluses les parturientes porteuses d'une grossesse à terme (>

36SA6jours), dans un utérus avec une seule cicatrice de césarienne, et n'ayant pas accouché par voie basse après ladite césarienne. L'échantillonnage était de type non probabiliste, de commodité.

Les conditions d'indication de la tentative d'accouchement par voie basse dite épreuve utérine étaient l'absence de cicatrice corporelle dans la mesure où le protocole opératoire est connu, l'intervalle intergénéral d'au moins 24 mois, les suites opératoires simples de la césarienne antérieure, l'absence d'une indication permanente de césarienne, le bassin jugé cliniquement normal, le fœtus unique en présentation du sommet, le poids fœtal compris entre 2500 et 3500 g, l'absence de souffrance fœtale ou de toute autre urgence obstétricale, le placenta normalement inséré, la présence permanente d'un agent de santé qualifié en salle de travail, la disponibilité du bloc opératoire pendant la durée de l'épreuve utérine et d'un partographe.

L'épreuve utérine a été dite réussie en cas d'accouchement par voie basse sans complications materno-fœtales. Les variables étudiées étaient socio-démographiques et pronostiques. Les résultats ont été analysés grâce au logiciel SPSS 21 et présentés sous forme de proportions pour les variables qualitatives. La variable quantitative a été exprimée en moyenne écart-type.

Le test exact de Fisher a été utilisé pour la comparaison des pourcentages en cas d'effectif inférieur à 50 cas. Le Chi – carré (X²) de Pearson a été calculé pour des effectifs réels d'au moins 50 cas et des effectifs théoriques égaux ou supérieurs à cinq.

La valeur p de la probabilité a été jugée significative pour une valeur inférieure ou égale à 0,05.

RÉSULTATS

1-Fréquence

Durant la période d'étude, 1708 accouchements ont été réalisés chez 1419 gestantes à la maternité du CHU de zone d'Abomey calavi-Sô Ava. Les utérus cicatriciels représentaient 828 cas dont 174 utérus uni-cicatriciels sans notion d'accouchement après la césarienne soit 21% des utérus cicatriciels. L'épreuve utérine a été indiquée chez 61 patientes sur les 174 soit 35%.

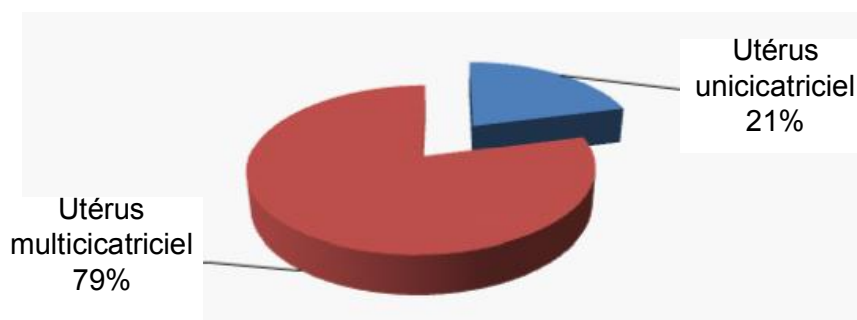


Figure n° 1 : Répartition des gestantes selon le nombre de césariennes.

2- Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des gestantes était de 27,5 ans \pm 4,94. Parmi elles 46 % exerçaient une profession libérale, 61,5% étaient non scolarisées et 87,9% vivaient en union libre.

Les caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau n°1

Tableau n°1 : répartition des gestantes selon l'âge, la profession et le niveau d'instruction.

	Effectif (174)	Pourcentage
Age		
18-23	35	19,9
24-34	120	68,2
35-45	19	10,9
Profession		
Revendeuse	50	28,4
Etudiante/Elève	05	2,8
Fonctionnaire	10	5,7
Ménagère	29	16,5
Autres	80	45,5
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	107	60,8
Primaire	42	23,9
Secondaire	14	8
Supérieur	11	6,3

3-Conduite obstétricale

L'épreuve utérine a été indiquée chez 61 gestantes soit dans 35% des cas. Elle a abouti à un accouchement par voie basse chez 38 parturientes soit dans 62,3% des cas.

Les principaux motifs d'arrêt de l'épreuve utérine étaient la dilatation stagnante (43%) et la souffrance fœtale aigue (26%) et sont rapportés dans la figure n° 2.

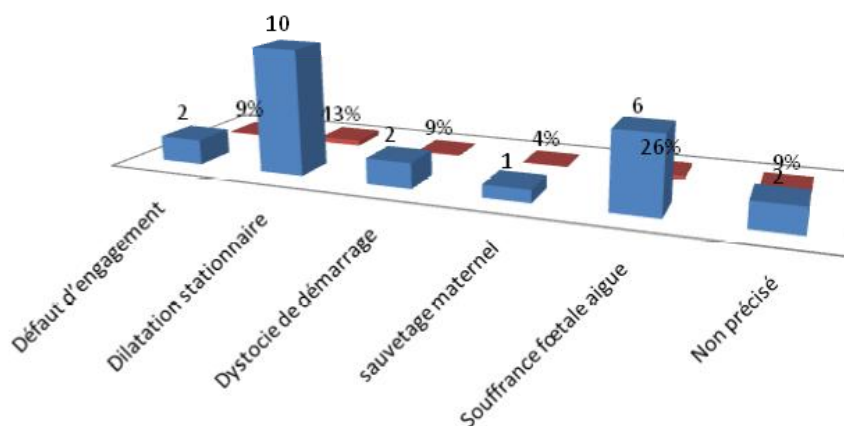


Figure n° 2 : Indication des césariennes en cas d'échec de l'épreuve utérine (n=23)

4-Pronostic maternel et néo-natal

Sur les 61 gestantes chez qui l'épreuve utérine a été indiquée, il a été enregistré deux cas d'hémorragie du post-partum immédiat par rétention de débris placentaires, un cas d'endométrite et une rupture utérine.

Aucun décès maternel n'a été enregistré.

Les données du pronostic néo-natal sont présentées dans le tableau n0 2.

Tableau II : Répartition des nouveau-nés selon score d'APGAR et issue de l'épreuve utérine

	Réussite de l'EU(n=38)		Échec de l'EU (n=23)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
APGAR 1ère min				
0	01	02,6	01	04,3
4-7	05	13,1	06	26,1
>7	32	84,216	69,5	
APGAR 5ème min				
0	01	02,601	04,3	
4-7	02	05,205	21,7	
>7	35	92,117	73,9	

Le pourcentage de nouveau-nés par voie basse ayant un score d'Apgar supérieur ou égal à sept à la première minute est plus élevé en cas de réussite de l'épreuve utérine qu'en cas d'échec aussi bien à la première minute (84,2% contre 69,5%) qu'à la cinquième minute (92,1% contre 73,9%).

Par ailleurs parmi les enfants nés par césarienne après échec de l'épreuve utérine quatre ont nécessité une réanimation par ventilation associé au massage cardiaque externe. Nous avons eu un cas de décès périnatal après une rupture utérine.

DISCUSSION

Dans de nombreux pays, surtout développés, les taux de césarienne ont augmenté de façon notable ces trente dernières années [1]. Une étude récente de l'OMS rapporte que de 1990 à 2014, le taux global de césarienne est passé de 12,4 à 18,6% avec des variations entre les régions [6]. Cet accroissement du taux de césarienne a pour corollaire une augmentation des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel. En France, le nombre de gestantes présentant un utérus cicatriciel a proportionnellement augmenté

et concerne près de 10% des gestantes admises en salle de naissance [7].

Dans notre étude, la fréquence hospitalière des utérus cicatriciels était de 58,35%. Les raisons de cette fréquence hospitalière élevée sont multiples et intriquées. La première tient au statut d'hôpital de référence de niveau 1 du cadre d'étude. Y est référée, la majorité des grossesses à risque élevé de la zone sanitaire d'Abomey-calavi Sô-Ava dont les utérus cicatriciels. Elles y viennent aussi pour bénéficier de la gratuité de la césarienne.

L'âge moyen des gestantes était de 27,57 ans. Des auteurs ont rapporté un âge compris entre 26,2 et 29 ans au Burkina Faso, au Togo et au Sénégal [8-10]. Ces tranches d'âge correspondent à la période de fécondité maximale [11-13]. Par contre, au Maghreb et en Occident où l'âge au premier enfant a reculé, plusieurs études ont rapporté un âge moyen supérieur ou égal à 31 ans [14,15]. Selon les chiffres du réseau Audipog, environ 18% des gestantes accouchent après 34 ans [16].

Parmi les 174 gestantes admises, 64,9% ont bénéficié d'emblée d'une césarienne. Adisso et al [17] ont trouvé respectivement des taux de 74,7%. En France le taux de césarienne itérative sur utérus unicatriciel est de 57 % [18]. Dembélé et al dans sa série au Burkina-Faso ont trouvé un taux plus bas de 38 % de césarienne systématique à l'admission [9]. Plusieurs raisons poussent les praticiens à indiquer d'emblée une césarienne en cas d'utérus cicatriciel dans notre contexte : absence de moyens de surveillance optimale du travail d'accouchement, parturientes souvent admises en situation d'urgence avec une grossesse non ou mal suivie et sur laquelle les praticiens possèdent peu d'informations et la question de la responsabilité des professionnels en cas de complications.

Dans notre étude, l'épreuve utérine a été acceptée chez 61 patientes soit 35%. Adisso et al. en 2006 avaient trouvé un taux de 30,4% à Cotonou [17].

Pour certains auteurs, 66 % des utérus cicatriciels sont éligibles à une épreuve utérine mais très peu se voient offrir cette possibilité [18,20]. Abbassi et al ont autorisé l'épreuve utérine dans 86,2% des cas à Casablanca en incluant les utérus bicatriciels, la macrosomie fœtale, la présentation de siège et bien d'autres situations qui dans notre contexte constituent des contre-indications [21].

L'épreuve utérine a réussi chez 38 patientes soit 62,30%. Pour Zhang J. et al. [22], le taux de réussite est de 57,1%. Kabore et al [23] ont trouvé un taux global de succès de 44,7%. Dans cette étude les

auteurs ont distingué les femmes à bas risque (âge <35 ans, au moins une CPN, pas de pathologie pendant la grossesse et venue d'elle-même) chez qui le taux de succès était de 51,1% contre 38% chez les femmes à haut risque.

En France, le taux de succès de l'épreuve utérine est stable autour de 75%. Ce taux élevé est dû à la pratique de l'épreuve utérine en cas d'utérus bicatriciel, de fœtus en présentation de siège, de grossesse gémellaire et de bassin modérément rétréci [18]. Par ailleurs les taux de succès élevés rapportés dans les pays développés ne font pas cas des complications qui en découlent, ces dernières étant bien prises en charge [23].

Aucun décès maternel n'a été enregistré. Adisso et al. à Cotonou [17], Dembélé et al. au Burkina Faso [8] et Abbassi et al. à Casablanca [21] ont trouvé les mêmes résultats. Dans la littérature africaine, les décès maternels enregistrés sont survenus au décours d'un accouchement par césarienne. Toutefois, il est possible qu'ils soient liés à l'existence de comorbidité comme dans l'étude menée par Traoré à Bamako ou le décès est survenu dans un contexte d'éclampsie [24].

En ce qui concerne la morbidité maternelle, nous avons enregistré un cas de rupture utérine et deux cas d'hémorragie de la délivrance. Pour Kaboré et al [23] le taux de rupture utérine était de 1,0 pour 100 femmes, comparable à ceux rapportés dans les pays d'Afrique subsaharienne soit 2,1 pour 100 femmes (IC à 95% 1,0-3,2). D'après ces auteurs, le risque de complications maternelles et de mortalité périnatale est significativement plus élevé chez les femmes ayant subi une épreuve utérine que chez celles ayant subi une césarienne itérative [23] sauf chez les gestantes à faible risque qui ont moins de 35 ans, au moins une visite prénatale, sans pathologie pendant la grossesse et venues d'elles-mêmes, comme celles de notre étude.

Pour d'autres auteurs [23], la césarienne itérative devrait être préférée à l'épreuve utérine qui serait plus dangereuse dans les pays à moyen et faible revenu étant donné la faiblesse du plateau technique.

Nous avons enregistré un cas de mort périnatale au décours d'une rupture utérine et un cas de décès néonatal immédiat dans un contexte d'infection ovulaire. Ce taux est relativement bas comparé à celui retrouvé par certains auteurs [8]. Le pronostic est moins favorable pour les nouveaux nés issus de l'échec de l'épreuve utérine dont 26,9% avaient un score d'Apgar compris entre 4 et 7 à la première minute et 21,7 % à la cinquième minute.

CONCLUSION

L'accouchement par voie vaginale chez les femmes porteuses d'un utérus uni cicatriciel est possible malgré les contraintes liées au sous-équipement. Une amélioration du plateau technique et de la surveillance du travail d'accouchement peuvent permettre d'en améliorer le pronostic.

RÉFÉRENCES

- 1- **WHO**. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436–37.
- 2- **Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, et al**. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*.2010; 375(9713):490-9.
- 3- **Notzon FC, Placek PJ, TaffelCM**. Comparisons of national cesarean section rates. *N Engl J Med*. 1987; 316: 386-9.
- 4- **Boulvain M, Fraser WD, Brisson-Carroll G, et al**. Trial of labour after caesarean section in sub-Saharan Africa: a meta- analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:1385–90.
- 5- **ACOG**. Practice bulletin no. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116:450–63.
- 6- **Betran AP, Ye J, Moller AB, et al**. The increasing trend in cesarean section rates: Global, regional, and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*. 2016;11(2): 148343.
- 7- **Sans-Mischel AC, Trastour C, Sakarovitch C, et al**. Etat des lieux en France de la prise en charge des utérus cicatriciels. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2011 ; 40 : 639-50.
- 8- **Dembélé A, Tarnagda Z, Ouédraogo JL, et al**. Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina. *Pan Afr Med J*. 2012 ; 12 : 95.
- 9- **Adjahoto EO, Ekouevi DK, Hodonou KAS**. Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2001 ; 30 : 174-9.
- 10- **Cissé C, Ewagnignon E, Terolbe I et al**. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1999; 28(6): 556.
- 11- **Penfold F, Harrison E, Bell J et al**. An Evaluation of delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilisation in two regions. *Ghana medical journal* 2007 ; 41(3) :100-9.
- 12- **Traoré B, Kokaina C, Beye SA et al**. Césarienne au centre hospitalier de Ségou au Mali. *Médecine d'Afrique Noire*, 2010 ; 5711 : 513 – 18.
- 13- **Kemfang Ngowa J.P, Ngassam A, Tsuala Fouogue J, et al**. Complications maternelles précoces de la césarienne: à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. *Pan African Medical Journal*. 2015; 21:265
- 14- **Hassan A**. Trial of scar and vaginal birth after caesarean section. *J Ayub Med Coll Abbotabad*.2005;17: 57-61
- 15- **Algert CS, Morris JM, Simpson JM et al**. Labor before a primary cesarean delivery. Reduced risk of uterine rupture in a subsequent trial of labor for vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol*. 2008; 112: 1061-6.
- 16- **Venditelli F, Riviere O, Crenn-Hebert C, et al**. Audipog perinatal network. Part 1: principal perinatal health indicators, 2004-2005. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008; 36: 1091-100.
- 17- **Adisso S, da-Gbadji-Gnansounou F, Houedjissin Set al**. Issue de la grossesse dans un uterus cicatriciel à la Clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou. *Annales de la SOGGO*.2011;17(6) : 93-98
- 18- **Deneux C, Tharaux**. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2012 ; 41(8) 697-707.
- 19- **Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al**. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004; 351(25):2581–9.
- 20- **Landon MB**. Vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol*. 2008;35(3):491–504,
- 21- **Abbassi H, Aboufalah A, EL Karroumi M et al**. Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1998 ; 27(4) : 425-9.
- 22- **Zhang J, Troendle J, Reddy UM et al**. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(4):1-10.

23- Kabore C, Chaillet N, Kouanda S et al.
Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labour after previous caesarean section in sub-Saharan countries. BJOG 2016;123 (13) : 2147-55

24- Traore Y, Teguede I, Dicko F T et al.
Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré de janvier 2007 à décembre 2008 : modalités et complications. Méd d'Afr Noire. 2012 ; 5911 : 511-6.