



APPORT DE L'APPROCHE « DÉPISTER ET TRAITER » LES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DANS LE CONTRÔLE ET L'ÉLIMINATION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS AU BÉNIN

*Dangbemy DP¹, Aboubakar M¹, Atade R², Vodouhe MV², Sidi IR², Tamegnon M¹, Simon Azonbakin S¹, Hounkpatin BIB¹, Tshabu Aguemon C¹, Tonato Bagnan JA¹, Denakpo JL¹, Perrin RX¹

¹Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi, Bénin

²Université de Parakou, Bénin

Auteur correspondant : DANGBEMEY Djima Patrice, Maître-Assistant en gynécologie obstétrique à la FSS de Cotonou Tél : +229 66 25 75 24, Email : ddpatous78@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les réalités des pays en développement comme le Bénin appellent à des stratégies nouvelles comme « dépister et traiter » les lésions précancéreuses du col de l'utérus. **Objectif** : Etudier l'apport de la stratégie « dépister et traiter » les lésions précancéreuses dans le contrôle et élimination du cancer du col de l'utérus au Bénin. **Patientes et méthodes** : Il s'agissait d'une recherche action, multisite, longitudinale, descriptive et analytique réalisée dans six (6) formations sanitaires équipées et la capacité de son personnel renforcée. Elle s'est déroulée du 1er juin au 30 septembre 2020. Les femmes âgées de 25 à 49 ans qui ont donné leur accord étaient dépistées avec de l'acide acétique à 4%. Les cas positifs étaient immédiatement traités ou référés pour la colposcopie. Les cas confirmés à la colposcopie étaient également traités immédiatement et suivis. **Résultats** : L'approche « dépister et traiter » était utilisée dans 52,6% (n=214) des cas dans les formations sanitaires et dans 81% des cas au centre de référence. La valeur prédictive positive (VPP) de l'IVA comparée à la colposcopie étaient de 47,10%, celle de la colposcopie comparée à l'histologie était de 76,90% et celle de l'IVA comparée à l'histologie était de 25%. Le taux de suivi global des femmes était de 57,9%. **Conclusion** : L'approche « dépister et traiter » réduit considérablement le nombre de lésions précancéreuses non traitées et perdues de vue et les cas de diagnostic tardif.

Mots clés : dépister, traiter, cancer, col utérin, Cotonou

ABSTRACT

Background: Every year, Benin records more than 500 new cases of late-stage cervix cancer and almost all die despite efforts. (Globocan 2020). **Objective**: To study the contribution of the strategy « see and treat » precancerous lesions in the control and elimination of cervix cancer in Benin. **Patients and methods**: This was an action, multicentric, longitudinal, descriptive and analytical research carried out in six (6) health facilities in Cotonou (R Benin) equipped and the capacity of its staff strengthened. It took place from June 1 to September 30, 2020. Women aged 25 to 49 who agreed were screened with 4% acetic acid. Positive cases were immediately treated or referred for colposcopy. Cases confirmed by colposcopy were also treated immediately and followed up. **Results**: IVA positivity rate was 12.5%. The "screen and treat" approach was used in 52.6% (n=214) of patients in health facilities and in 81% of patients at the referral centre. The positive predictive value (PPV) of IVA in health facilities compared to colposcopy was 47.10%, that of colposcopy compared to histology was 76.90% and that of IVA compared to histology was 25%. The overall follow-up rate for women was 57.9%. **Conclusion**: The « see and treat" approach significantly reduces the number of untreated and lost-to-follow-up precancerous lesions and cases of late diagnosis.

Keywords: screening, treat, cancer, cervical, Cotonou.

INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques constituent un problème majeur de santé publique de par leur fréquence et de leur gravité. Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus représente le deuxième cancer gynécologique derrière le cancer du sein. On estime que plus de 266 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du col de l'utérus, et 87 % de ces décès se produisent dans les régions les moins développées du monde et si rien n'est fait, le nombre de décès atteindra 416 000 en 2035 [1]. En Afrique subsaharienne l'incidence du cancer du col de l'utérus est de 34,8 pour 100.000 avec 22,5 décès

pour 100.000 [2]. Au Bénin, selon Egue M. et coll en 2019, le cancer du col a une incidence de 14,9 sur 100 000 derrière le cancer du sein qui a une incidence de 22,6 pour 100 000 [3]. Cette tendance s'inverse lorsqu'il s'agit de la mortalité par cancer du col de l'utérus. En effet, le cancer du col est le plus meurtrier des cancers gynécologiques. Il est de découverte tardive (stade III et IV) où aucun traitement curatif n'est envisageable. En raison de la limitation de l'accès aux services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses 85% des victimes du cancer décèdent dans l'année de leur

admission [4]. Or, au regard de l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, il est le candidat idéal au dépistage. L'OMS, dans sa stratégie mondiale 2019-2023 pour le contrôle et l'élimination des cancers du col, propose les objectifs 90%, 70%, 90%. Selon cette stratégie 90 % des enfants de moins de 15 ans doivent être vaccinés, 70% des femmes doivent bénéficier d'un dépistage réalisé à l'aide d'un test de haute performance à l'âge de 35 ans et à nouveau à 45 ans et 90% des lésions précancéreuses issues de ces dépistages doivent être traitées [2]. Selon l'OMS, l'utilisation des méthodes de dépistage réduirait de 70% la mortalité liée au cancer du col de l'utérus [5]. La prise en charge correcte des lésions précancéreuses reste la meilleure stratégie de lutte efficace contre la mortalité par cancer du col en Afrique et au Bénin [5]. C'est dans ce cadre que le Bénin a implémenté en 2019 la phase pilote de l'approche « dépister et traiter » des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Afin d'apprécier la contribution de cette approche pour le contrôle et l'élimination du cancer du col au Bénin, il a été entrepris une recherche action dans le but de développer un programme contextualisé et efficace de dépistage et de prise en charge des cancers du sein.

PATIENTES ET METHODES DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une recherche action multisite, longitudinale, descriptive et analytique réalisée dans six (6) formations sanitaires de Cotonou (R Bénin) équipées pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Elle s'est déroulée sur la période allant du 1er juin au 30 septembre 2020. La capacité des sage-femmes et infirmières des formations sanitaires pilotes a été renforcée sur la technique du dépistage à l'acide acétique et la prise en charge immédiate des lésions précancéreuses du col de l'utérus en une seule ou en deux (02) visites au plus (stratégie « dépister et traiter »). Les femmes admises dans les formations sanitaires pilotes de dépistage ont été étudiées. Les critères d'inclusion étaient : l'âge (25-49 ans), le blanchiment à l'IVA et le consentement de la patiente. L'échantillonnage était non probabiliste avec un recrutement systématique des femmes. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, aspects cliniques du col de l'utérus, la positivité à l'IVA, les aspects colposcopiques, le type histologique, la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive à l'IVA. Le dépistage du cancer du col a consisté à appliquer au moins 4 ml d'acide acétique dosé à 4% sur le col de l'utérus et la lecture est faite une minute après l'application. Le test à l'IVA était positif lorsque le col prenait en partie ou en tota-

lité une coloration blanchâtre (neigeux, grisâtre ou blanc-d'huître) au contact de la ligne de jonction parvimento-cylindrique (LJPC) ou pénétrant l'orifice cervical (confer la figure 1). Les lésions moins graves étaient immédiatement traitées tandis que celles qui étaient sévères ou non classées (douteuses) étaient référées pour la colposcopie au CHU MEL de Cotonou. Toutes les femmes admises au centre de référence bénéficiaient systématiquement de la colposcopie. La thermocoagulation, la biopsie, la conisation ou la résection à l'anse diathermique suivi d'examen anatomopathologique étaient réalisés lorsque c'était indiqué.

Les tests de Khi2 et Kappa étaient utilisés pour valider les corrélations.

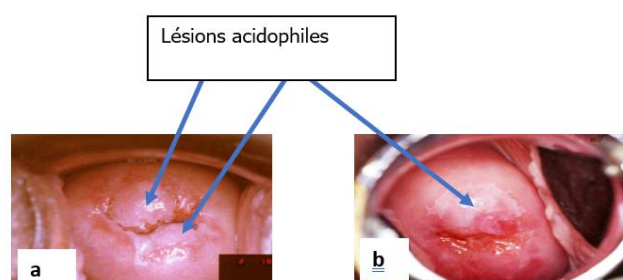


Figure 1 : Blanchiment du col de l'utérus après application de l'acide acétique à 4% ;
a : acidophilie prenant les lèvres antérieure et postérieure au contact de la ligne de jonction en antérieur et tendance à la pénétration en postérieur
b : acidophilie prenant la lèvre antérieure uniquement et au contact de la ligne de jonction
Source : centre de diagnostic du CHU MEL (2021)

RESULTATS

Positivité à l'IVA

Sur 3720 femmes dépistées, 407 étaient positives à l'IVA soit une prévalence de 12,5% de lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Caractéristiques sociodémographiques des femmes dépistées

Age

L'âge moyen était de 37,4 ans et la médiane était de 37 ans. Les patientes jeunes (≤ 40 ans) étaient les plus nombreuses et représentaient 60,2% (n=245) de notre population.

Niveau d'instruction

Les femmes dépistées positives avaient le niveau primaire dans 26,3% (n=107) des cas, secondaire dans 32,4% (n=132) des cas et universitaire dans 22,36% (n=91). Elles n'étaient pas instruites dans 18,92 % (n=75).

Situation matrimoniale

Les cas positifs étaient en couple dans 74% (n=301) des cas, célibataires dans 18% (n=73) des cas, divorcées dans 5% (n=20) et veuves dans 3% (n=12).

Occupation/profession

Les femmes dépistées positives étaient des commerçantes dans 41% (n= 167), artisanes dans 19% (n=78), fonctionnaires de l'Etat dans

14,5% (n=59), ménagères dans 11,3% (n=46), étudiantes dans 4,18% (n=17) et autres occupations dans 9,83% (n=40) des cas.

Dépistage du cancer du col de l'utérus dans les formations sanitaires

La lecture des résultats du test à l'IVA était sans équivoque dans 99,3%. Les effets secondaires de l'acide acétique étaient évoqués par 24% (n=98) des femmes positives à l'IVA. Ces effets signalés étaient mineurs pour tous les cas et la sensation de brûlure (15%) était l'effet le plus signalé (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des cas positifs à l'IVA et les effets secondaires observés

Résultats de l'IVA	Effectif (n)	Fréquence (%)
Douteux	3	0,73
Positif	393	96,56
Suspicion de cancer	11	2,71
Effets de l'acide acétique		
Brûlure	62	15,23
Démangeaison	19	4,67
Inconfortable	17	4,18
Pas d'effet	309	75,92

La stratégie « dépister et traiter » les lésions précancéreuses du col de l'utérus était appliquée dans 52,6% des cas admis dans les formations sanitaires périphériques. Toutes les patientes avaient bénéficié de la thermocoagulation. Quarante-sept pour cent (87%) des cas référés au centre de diagnostic du CHU MEL y étaient admis pour la colposcopie dans un intervalle de 15 jours (Tableau 2).

Tableau 2 : Gestion des cas positifs sur les sites pilotes de dépistage

Gestion des cas positifs après dépistage	Effectif (n)	Fréquence (%)
Thermo coagulation immédiatement (« dépister traiter »)	214	52,58
Référence au centre de diagnostic	189	46,44
Refus du traitement	4	0,98
RDV au centre de référence sans délais	66	34,19
RDV au centre de référence autre jour que celui du dépistage	127	65,81

RDV : Rendez-vous au centre de référence

Dépistage du cancer du col au centre de référence du CHU MEL

Résultats de l'examen colposcopique des femmes référées

Dans notre série, 2% des patientes ont manqué leur rendez-vous contre 98% de réponses positives. Une fois réalisée (98%), la colposcopie n'était pas satisfaisante chez 4,2% des femmes du fait des difficultés de visualisation de la jonction parvimento-cylindrique (Tableau 3).

Tableau 3 : Examen colposcopique des cas au centre de diagnostic du CHU MEL

Aspects colposcopiques	Effectif (n)	Fréquence (%)
Réalisation de la colposcopie		
N = 193		
Non	04	2,0
Oui	189	98,0
Type de ligne de jonction		
N = 189		
TZ1	144	76,19
TZ2	37	19,58
TZ3	8	4,23

TZ zone de transformation ; 1= entièrement visible ; TZ2 = Partiellement visible ; TZ3 =non visible

Dans 47,10% (n=89) des lésions suspectes référées étaient confirmées à l'examen colposcopique contre 52,91%(n=100) de faux positifs à l'IVA. Ces lésions confirmées étaient de gravité légère (TAG1) dans 23,81%(n=45), sévère (TAG2) dans 21,17% (n= 40) dont 2,65%(n=5) de suspicion de cancer (TAG2C) (Figure 2).

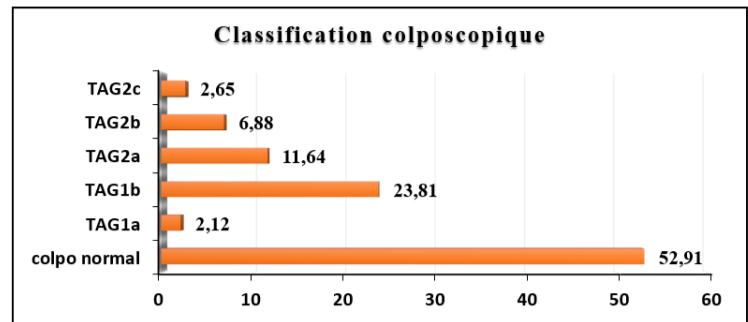


Figure 2: Classification colposcopique des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Anatomie pathologique des lésions précancéreuses

L'examen d'anatomie pathologique réalisée chez 72 femmes ayant un aspect colposcopique équivoque ou sévère avait permis de noter 33,33% (n=24) de métaplasie et/ou d'inflammation, 61,11% de lésions précancéreuses et 5,56% de lésions invasifs (Tableau 4).

Tableau 4 : Anatomie pathologique des lésions précancéreuses

Résultats de l'histologie	Effectif (n)	Fréquence (%)
Carcinome épidermoïde micro invasif/invasif	4	5,56
CIN1	34	47,2
CIN2/CIN3	10	13,89
Cervicite/métaplasie	24	33,33
Total	72	100,00

CIN = Néoplasie Cervicale Intraépithéliale

L'analyse des données de la colposcopie au regard des résultats de l'histologie a permis de noter :

- des lésions invasives cervicales dans 2,11% (n=4) des cas,

- des lésions précancéreuses (CIN1, CIN2-3) dans 23,28% (n=44) dont 5,29 % de CIN2-3,
- un col de l'utérus inflammatoire dans 74,60% (n= 141).

Au total 75% des lésions référées des formations sanitaires périphériques pour le centre de diagnostic n'étaient pas confirmées lésions précancéreuses mais plutôt de l'inflammation cervicale et seules 25% des lésions étaient confirmées précancéreuses ou cancéreuses précoces.

Traitement des lésions précancéreuses au centre de diagnostic du CHU- MEL

Diagnostiquer et traiter les lésions précancéreuses

Sur l'ensemble des techniques de prise en charge au centre de diagnostic, 81% l'étaient réalisées dans le même temps de l'examen colposcopique sans attendre le résultat de l'histologie (« diagnostiquer et traiter »). Il s'agissait entre autres de la thermocoagulation dans 12,70% (n=24) des cas, de la conisation et/ou RAD dans 10,05% (n=19) des cas (Tableau 5).

Tableau 5 : Prise en charge des femmes à l'issue de la colposcopie

Gestes réalisés	Effectif (n=189)	Fréquence (%)
Biopsie pour histologie	36	19,05
Conisation/RAD	19	10,05
Thermocoagulation	24	12,70
Réassurance	107	56,61
Référence sur le centre d'oncologie	3	1,59
Délai du traitement après la colposcopie	N=189	
Autre jour que celui de la colposcopie	36	19,05
En per examen colposcopique après biopsie	19	10,05
En per examen colposcopique sans biopsie	134	70,90

Surveillance et évolution des lésions précancéreuses traitées

L'évolution dans les 30 premiers jours après le traitement a été marquée par 8 (3,12%) cas de complications faites d'hydrorrhée dans le groupe de la thermocoagulation dans 2,33% (n=6) et des saignements abondant dans le groupe de la conisation /RAD dans 0,77%(n=2). L'évolution à un an de suivi a été marquée par 108 (50,5%) rendez-vous sur 214 thermocoagulations réalisées dans les formations sanitaires et 39 (95,12%) rendez-vous sur 46 patientes traitées au centre de diagnostic du CHU-MEL. Le taux global de suivi effectif des femmes traitées pour lésions précancéreuses était de 56,53%. Au rendez-vous d'un an, sur 154 femmes reçues 12 (7,79%) avaient signalé

des complications. Il s'agissait de : douleur abdominale inexplicée (n=4), la dyspareunie (n=3), mauvaise cicatrisation/sténose cervicale (n=3), et des saignements cervicaux (n=2).

DISCUSSION

Dépistage du cancer du col dans les formations sanitaires

Age des femmes dépistées

L'âge de dépistage du cancer du col de l'utérus dans notre série était 25 à 49 ans. Cette tranche se justifie par l'âge minimum de découverte du cancer du col de l'utérus au Bénin selon Egue et coll en 2019 [3]. Selon cette étude l'âge du début du cancer du col de l'utérus au Bénin se situe entre 30 et 34ans. C'est pour cette raison et en s'alignant sur la stratégie de dépistage des cancers du col de l'utérus que notre étude a pris 25 ans comme âge de début du dépistage à l'IVA [1]. La limite supérieure (49 ans) se justifie par rapport à l'âge moyen de la ménopause qui se situe autour de 50 ans. [6] A cet âge, la performance de l'IVA est presque nulle du fait des difficultés d'accès à la ligne de jonction squamo-cylindrique sans laquelle le dépistage n'est pas satisfaisant. Au cours du passage de la période reproductive à la périménopause, la localisation de la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se déplace sur l'exocol vers l'orifice interne. Après la ménopause, la nouvelle jonction pavimento-cylindrique est souvent invisible lors d'un examen visuel [7]. Selon les nouvelles directives de l'OMS, le dépistage se fait, chez les sujets de 25 à 35 ans, tous les trois (3) ans au frottis cervico-utérin (FCU) après deux frottis négatifs dans un intervalle de 12 mois. Chez les sujets de 35 à 45 ans le dépistage se fait par le test HPV une fois tous les 5 ans. Les pays en voie de développement qui ne peuvent pas disposer de ce test doivent développer un programme de dépistage contextualisé. C'est pourquoi, le test à l'IVA doit être optimisé par la formation des soignants [1].

Lecture du test à l'IVA par les sage-femmes et infirmières

La lecture des résultats du test à l'IVA était sans équivoque dans 99,3%. La formation des professionnels de soins impliqués dans le dépistage dans les 6 formations sanitaires expliquerait cette facilité d'interprétation des résultats de l'IVA.

Effets secondaires du test à l'acide acétique signalés

Les effets secondaires de l'acide acétique étaient évoqués par 24% (n=98) des femmes positives à l'IVA. Il s'agissait des effets mineurs pour tous les cas à type la sensation de brûlure dans 15% des cas, de la démangeaison

(4,62%) et de l'inconfort (4%) sans autres précisions. Les explications peuvent être données. Il pourrait s'agir de la sensibilité spécifique de certaines femmes vis-à-vis de l'acide acétique, mais aussi et surtout le fait que la majorité des cas référés dans notre série avait présenté un col inflammatoire ce qui pourrait justifier ces gênes. C'est pour pallier à ces effets qu'il a été recommandé de différer l'IVA en cas d'infection génitale. Il importe aux professionnels de santé d'apprendre à reconnaître les signes de l'inflammation cervicale. Aussi, ces effets peuvent être dus à un mauvais dosage de l'acide acétique. Dans notre série, nous avons utilisé du vinaigre blanc dosé à 8% que nous avons dilué avec du sérum physiologique à part égale. Une erreur de dilution peut être à la base de la brûlure ou d'inconfort. Mais la formation a mis un accent particulier sur ces aspects.

Résultats du test à l'IVA

Le taux de positivité à l'IVA était de 12,5% dans notre série. Ce taux reste élevé par rapport à ceux rapportés dans la littérature. En effet, la plupart des études rapportent un taux inférieur à 10% [8,9]. L'augmentation du taux dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les agents dépisteurs déclaraient positifs les cas difficiles à interpréter (douteux) en périphérie pour pouvoir les référer pour la colposcopie. La positivité à l'IVA dans notre série est comparable à celle retrouvée par Drissa T. et coll au Mali en 2011 [10] et à celle de Georges K. au Cameroun en 2017 [11] qui ont trouvé respectivement 12,86% et 12,7%. Dans d'autres séries au Bénin, les taux de positivité à l'IVA sont inférieurs à celui observé en 2021 dans notre série. Kabibou S. en 2015 à Parakou [12] ont retrouvé dans leur série un taux de positivité chiffré à 6,81%. A l'échelle africaine, Diallo M. et coll. [10] en Guinée et Édith M. et al au Gabon en 2015 [13] ont retrouvé respectivement 2,6% et 8,4%. Il y a donc une très grande variation du taux de positivité à l'IVA selon les auteurs. Plusieurs raisons expliqueraient cet état de chose. Il s'agit de : la multiplicité des définitions opératoires, l'expérience des intervenants, la qualité du matériel utilisé dans notre étude.

Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de diagnostic

Taux de référence pour la colposcopie par rapport aux femmes enrôlés

Pour le diagnostic de la nature de la lésion cervicale 46,44%(n=189) des femmes étaient adressées pour la colposcopie. Ce fort taux de référence pourrait se justifier par les cas douteux (ligne de jonction non visible, aspect du col à l'IVA incompris, saignement du col au contact) référé systématiquement par les agents de peur

d'une erreur diagnostic.

Fréquentation du centre de référence

Dans notre série, 2% des patientes ont manqué leur rendez-vous de colposcopie. Ce taux montre la qualité de la sensibilisation des agents dépisteurs des formations sanitaires périphériques qui ont su convaincre les femmes, à travers les informations générales apportées sur le cancer, à se rendre au centre de référence. Un des facteurs favorisants est la gratuité du dépistage quel que soit le centre dans ce réseau. Il y a encore quelques rumeurs qui empêchent les femmes de se rendre facilement dans les centres de dépistage. Il s'agit des préjugés, de mauvaises perceptions sur le cancer. « Le cancer n'a pas de traitement », « c'est la mort qui s'en suit lorsqu'on opère », « le cancer est un mauvais sort jeté ». [14] Grâce aux témoignages et aux séances de sensibilisation efficaces utilisant comme communicatrices les femmes traitées et guéries, ces poches de résistante seront vaincues.

Confirmation de la positivité à l'IVA à la colposcopie

Dans 47% (n=89) des cas, les lésions suspectes du col à l'IVA au centre de dépistage étaient confirmées à l'examen colposcopique. La valeur prédictive positive (VPP) du test à l'IVA réalisée dans les formations sanitaires comparée à la colposcopie était 47,1% dans notre série. Édith M. et coll au Gabon en 2015 avait trouvé une VPP de 90%. [13] Il s'agissait d'une approche méthodologique différente. Dans sa série Edith M. et coll avaient inclus des femmes âgées de 18 ans à 79 ans et a comparé la performance de la colposcopie au frottis cervico-utérin. Malgré la formation des acteurs avant le début de l'étude, la performance de l'IVA n'est pas optimale. Les causes pourraient être : la subjectivité de la positivité à l'IVA (pas de double lecture), de la non maîtrise des critères de positivité à l'IVA et des caractéristiques du col de l'utérus. Pour certains cols de l'utérus la ligne de jonction n'était pas visible même à l'examen colposcopique. L'expérience s'acquiert en fonction du nombre de cas et des années de pratique. Les supervisions formatives ont permis la remédiation dans notre série. Quelle que soit la valeur des faux positifs à l'IVA, vu 21,17% de lésions sévères et 2,65% de suspicion de cancer, cette stratégie est à encourager dans les pays en développement où le dépistage avec un test de haute performance n'est pas possible.

Colposcopie non satisfaisante

La colposcopie n'était pas satisfaisante dans

4,2% des cas car la jonction pavimento-cylindrique n'était pas visible. Le plus souvent l'âge proche de la ménopause était le contexte dans lequel ces colposcopies non satisfaisantes étaient réalisées. Certaines patientes diminuent leur âge pour bénéficier de la gratuité qui soutient ce programme. Il n'y a pas souvent une pièce d'identité au moment de l'enrôlement et la déclaration de l'âge et de l'identité était verbale. Pour remédier à ces cas difficiles non vaincus par les astuces et le spéculum de Kogan, un curetage biopsique de l'endocol était systématique. La valeur du curetage de l'endocol dans le cadre du dépistage a été prouvée par plusieurs études dont celle de Yan Song et coll qui ont montré que la performance du curetage de l'endocol augmente avec l'âge, la gravité de la cytologie et l'impression colposcopique. Les taux de lésions intraépithéliales cervicales dans ce groupe variaient entre 0,6% et 2,7%. Selon ces auteurs chez les femmes de 35 ans et plus, le curetage de l'endocol doit être effectuée si le résultat cytologique est de haut grade ou pire[14].

Anatomie pathologie des lésions précancéreuses

Dans 61,11% des cas, la suspicion de lésion précancéreuse du col de l'utérus à l'examen colposcopique était confirmée à l'histologie. La valeur prédictive positive (VPP) de la colposcopie comparée à l'histologie était de 76,90%. Edith M. et coll au Gabon en 2015 avaient retrouvé une valeur prédictive positive (VPP) de 90 %.[13] Georges Kalgong et coll au Cameroun en 2017 ont retrouvé une VPP de 94,58% [11]. Cette différence de la performance d'une étude à une autre a sa source dans les approches méthodologiques différentes utilisées par les acteurs. La variabilité des acteurs intervenants à la base dans le dépistage est un facteur à prendre en compte.

Traitement des lésions précancéreuses

Dans notre série, 74,45% (n=303) des femmes ont été traitées avec un taux d'acceptabilité de l'approche « dépister et traiter » à 99,02% (0,98% ont refusé le traitement). Les observations faites lors de la deuxième phase de notre travail confirment l'efficacité de la thermocoagulation des lésions précancéreuses et des méthodes d'excision (RAD/conisation) des dysplasies cervicales avec taux de guérison de 97,20% chez les patientes vues au contrôle. Ce taux de guérison était plus important que à celui observé dans la série de Sandjong et coll au Cameroun en 2015 qui avaient retrouvé 95,46% dans leur série [15]. Chanen et coll avaient trouvé que 98% des patientes traitées pour différentes dysplasies y compris les dysplasies de haut grade

et le carcinome in situ sont guéries après un traitement par électrodiathermie [16] Woodman et coll avaient noté dans leur série que 88% des patientes traitées par simple thermocoagulation diathermique pour dysplasie présentent une cytologie normale après un recul de 3 ans [17,18] En définitive la surveillance a confirmé la guérison. Mais bon nombre de patientes qui n'étaient pas présentes au contrôle à 12 mois après le traitement était important et les raisons étaient inconnues. Ce constat justifie à plus d'un titre la stratégie « voir et traiter » qui minimise le risque pour la patiente de ne pas être traitée et d'être revue aux stades tardifs du cancer du col de l'utérus. [19,20]

CONCLUSION

La stratégie « dépister et traiter » des lésions précancéreuses du col de l'utérus est faisable et acceptée au Bénin. Elle réduit le risque des pertes de vue pour lésions précancéreuses et diminue de ce fait l'incidence des cancers du col de l'utérus diagnostiqués à un stade tardif ou évolué. La performance des tests visuels était faible et mérite d'être améliorée par l'introduction d'un test performant de dépistage comme le test HPV.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ont déclaré qu'ils n'avaient aucun conflit d'intérêt.

Remerciements : Nos sincères remerciements à la Fondation Claudine Talon et au Ministère de la Santé pour le pilotage et le financement et le suivi et évaluation.

REFERENCES

- 1.OMS. Manuel de Formation sur la Planification Stratégique de la Prévention et de la Lutte Contre le Cancer du Col de l'utérus en Afrique : Manuel du Participant. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Préface. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/359003/978929>, consulté le 10 octobre 2020)
2. OMS. Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/359003/9789240039148>, consulté le 10 octobre 2020). P1-25
3. Egue M, Gnangnon FHR, Akele-Akpo MT, Parkin DM. Incidence du cancer à Cotonou (Bénin), 2014-2016 : Premiers résultats du registre du cancer de Cotonou. Cancer Epidemiology.2019 ; 59(1) : 46-50. doi.org/10.1016/j.canep.2019.01.006
4. UNFPA. Approche globale de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus. 2011 ; p20. (<https://screening.iarc.fr/doc/French-Cervical-Cancer-Guidance.pdf>, consulté le 10 septembre 2022)
5. 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. American cancer society cancer J clin.2018, 68 : 394-424.
6. Li L, Wu J, Jiang XG, Pu DH, Zhao Y. Enquête sur les facteurs épidémiologiques associés à l'âge de la ménopause naturelle et aux symptômes de la ménopause chez les femmes du Jiangsu. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2013; 48(10) :728-33.

7. John W, Sellors MD, Sankaranarayanan R. Colposcopie et traitement des Néoplasies cervicales : Manuel à l'usage des débutants. Lyon Centre International de Recherche sur le Cancer : 2004 : 142 P
8. Bogale AL, Teklehaymanot T, Kassie GM, Medhin G, Ali JH, Assurance NB. Performance de l'inspection visuelle avec de l'acide acétique pour le dépistage du cancer du col de l'utérus par rapport au test de l'acide désoxyribonucléique du virus du papillome humain chez les femmes vivant avec le VIH en Éthiopie : une étude transversale comparative. *Lutte contre le cancer*. 2022 ;29:10732748221114980. doi: 10.1177/10732748221114980.
9. Château PE, Qiao YL, Zhao FH, Chen W, Valdez M, Zhang X, Kang LN, Bansil P, Paul P, Bai P, Peck R, Li J, Chen F, Jeronimo J. Déterminants cliniques d'une inspection visuelle positive après un traitement à l'acide acétique pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. *BJOG* Mai 2014 ; 121(6) :739-46. Doi : 10.1111/1471-0528.12646.
10. Diallo MH, Balde IS, Baldé O, Bah IK, Diallo BS, Mamy MN, Keita N. Aspects socio-démographiques et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Donka à Conakry (Guinée). *Journal de la SAGO*, 2017 ; 18(1) p.1-6.
11. Kalgong G, Kamdje AHN, Richard TS, Nangue C. Sensitivity and Specificity of Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) and with Lugol Iodine (VILI) in the Diagnosis of Cervical Cancer in the Northern Region of Cameroon. *Int. Biol. Biomed. J. Spring* 2017, 3(2) : 67-72
12. Salifou K, Brun L, Akpona LFJ, Obossou AAA, Perrin RX. Facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans la ville de Parakou au Bénin. *European Scientific Journal*. 2015 ; 11(36) : 275-283.
13. Mpiga E, Ivanga M, Koumakpayi IH, Engohan-Aloghe C, Ankély JC, Ernest Belembaogo, Jean-François Meye. Intérêt de l'inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de Lugol avec colposcope dans le dépistage des lésions du col utérin au Gabon. *Pan African Medical Journal*.2015; 22(1):165 doi:10.11604/pamj.2015.22.165.7038
14. Song Y, Zhao YQ, Li L, Pan QJ, Li N, Zhao FH, Chen W, Zhang X, Qiao YL. Une analyse rétrospective de l'utilité du curetage endocervical dans la population de dépistage. *Oncotarget*. 2017; 8(30):50141-50147. doi: 10.18632/oncotarget.15658.
15. Sandjong Tietchou I, Sando Z, Tebeu PM, Mouelle S, Essame Oyono JL, Doh Anderson S. Évaluation de la Prise en Charge des Lésions Précancéreuses du Col Utérin selon l'Approche « Voir et Traiter ». *HealthSci. Dis*.2015 ; 16(4) :1-5
16. Chanen W. Electrocoagulation diathermy : Baillières. *ClinObstetGynaecol*. 1995 ; 9(1):157-72.
17. Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandralekha B, Sebastian P, et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *Int J Cancer J Int Cancer*. 2003 ;106(3):404-8.
18. Woodman CB, Jordan JA, Mylotte MJ, Gustafson R, Wade-Evans T. The management of cervical intraepithelial neoplasia by coagulation electrodiathermy. *Br J ObstetGynaecol*. 1985; 92(7):751-5.
19. Sando, Z, Fouogue, J., Fouelifack, F, Fouedjio, J., Mboudou, E. and Oyono, J. Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun. *The Pan African Medical Journal*. 2014 : 17(28) : 37-47. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj>
20. Tebeu PM, Sandjong I, Nkele N, Fokoua S, Achu P, Kouam L, et al. Lésions précancéreuses du col utérin en zone rurale : Etude transversale. *Médecine Afr Noire*. 52(1):27-31