

# FACTEURS ASSOCIÉS AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET CANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS DANS LA VILLE DE PARAKOU AU BÉNIN

***Salifou Kabibou***

UER en Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou (Bénin)

***Brun Luc***

UER d'anatomie pathologique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou (Bénin)

***Akpona L. F. J***

***Obossou A. A. Achille***

UER en Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine,  
Université de Parakou (Bénin)

***Perrin René-Xavier***

UER en Gynécologie Obstétrique, Faculté des sciences de la santé de  
Cotonou, Université de d'Abomey-Calavi (Bénin)

---

## **Abstract**

**Objective:** To investigate the factors associated with precancerous and cancerous cervical lesions in Parakou in Benin.

**Materials and Methods:** This study was a cross-sectional descriptive and analytical of data carried from 1 January 2012 to 31 August 2012. Visual inspection after application of acetic acid / Lugol (IVA / IVL) and biopsies were used as a screening tool in three health centers in Parakou. **RESULTS:** For 1057 women surveyed in this city, the incidence of cervix precancerous lesions was 6.81% and that cervix cancerous lesions was 1.04%. The average age of women surveyed was  $32.62 \pm 9$  years. They lived as a couple in over 80% of cases. They were multiparous in 45% of cases with an age at first intercourse of  $17.54 \pm 2.45$  years. Age, level of education, gravidity and parity had a significant relationship with the occurrence of precancerous and cancerous lesions of the cervix.

---

**Keywords:** Testing, IVA / IVL, precancerous lesions, cancer cervix

---

## Resume

Objectif : Etudier les facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Parakou au Bénin.

**Matériel et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique réalisée du 1er janvier 2012 au 31 août 2012. L'inspection visuelle après application d'acide acétique/lugol (IVA/IVL) et des biopsies avaient été utilisées comme moyen de dépistage dans 3 centres de santé. **Résultats** : Pour 1057 femmes enquêtées dans cette ville, la fréquence des lésions précancéreuses du col utérin était de 6,81% et celle des lésions cancéreuses de 1,04%. L'âge moyen des femmes enquêtées était de  $32,62 \pm 9$  ans. Elles vivaient en couple dans plus de 80% des cas. Elles étaient des multipares dans 45% des cas, avec un âge au premier rapport sexuel de  $17,54 \pm 2,45$  ans. L'âge, le niveau d'instruction, la gestité et la parité avaient un lien significatif avec la survenue des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.

---

**Mots clés:** Dépistage, IVA/IVL, Lésions précancéreuses et cancéreuses, Col utérin

## Introduction

Avec plus de 500 000 cas annuels et 270 000 décès, le cancer du col de l'utérus est, après le cancer du sein, la deuxième cause de décès par cancer chez la femme dans le monde. Les trois quarts des femmes concernées vivent dans les pays en développement (Stewart et al., 2003). En Europe, où de nombreux pays ont mis en place un programme de dépistage basé sur la réalisation du frottis cervico-vaginal, l'incidence de la maladie diminue (Denny, 2001). En Afrique, l'accès à ce mode de dépistage est très limité du fait de l'insuffisance de cytologistes et du coût prohibitif de l'examen. Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose-t-elle une alternative associant l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et l'inspection visuelle après application du lugol (IVL) (OMS, 2007). L'objectif de cette étude était d'étudier les facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Parakou au Bénin.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. L'étude a été menée du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 août 2012. Elle a reçu l'approbation du comité d'éthique institutionnel. Elle s'était déroulée dans trois maternités de la ville de Parakou. Les maternités concernées étaient celles du Centre Hospitalier universitaire et Départemental du Borgou (CHD/B), des centres de santé de Kpébié et de Zongo. Le laboratoire d'anatomie pathologique du même hôpital s'est occupé de

l'examen des pièces de biopsie. Les femmes avaient été conviées par communiqué radiodiffusé à une campagne de dépistage de lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

La population d'étude était constituée de toutes les femmes qui s'étaient présentées volontairement aux séances de dépistage. Etaient incluses dans cette étude, les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et au-delà et qui étaient venues pour le dépistage dans l'une des trois formations sanitaires. Celles qui étaient enceintes, en menstruation ou en post-partum ou n'ayant pas encore eu des rapports sexuels ont été exclues. De même, celles qui étaient suivies pour cancer du col ou qui avaient subi une hystérectomie totale et celles qui avaient refusé la procédure après explication. L'échantillonnage était exhaustif. Les données ont été collectées sur la base d'un questionnaire élaboré pour la circonstance et qui leur était administré. Toute femme reçue et qui acceptait la procédure après explication se voyait administrer le questionnaire avant de passer aux différentes étapes du dépistage. La technique utilisée était réalisée au cours de l'examen au spéculum. Après une inspection visuelle du col sans préparation, on procédait à l'IVA : le col était badigeonné avec une solution d'acide acétique à 4%. Le résultat du test était jugé positif lorsque l'on observait des zones acidophiles, aux contours nets, distincts, bien définis, denses, avec ou sans marges. L'IVL était dite positive lorsque l'on observait, provenant de la zone pâle, une zone d'un blanc jaunâtre, ne prenant pas la coloration ou si 50% de l'exocol ne se coloraient pas en brun à partir de la zone centrale. Les lésions cervicales étaient dites suspectes lorsqu'à la fois, IVA et IVL étaient positifs. Les lésions suspectes étaient indiquées dans un formulaire établi à cet effet. Des biopsies dirigées sous colposcopie étaient ensuite réalisées. Les prélèvements biopsiques étaient mis à fixer dans une solution de formol tamponné à 10% et adressés au service d'Anatomie Pathologique (AP) pour une étude histopathologique. Les diagnostics retenus l'ont été en tenant compte de la terminologie de RICHART (1990) des lésions précancéreuses et de la classification des tumeurs du col utérin de 2003 de l'OMS. Les cas confirmés après étude histopathologique étaient immédiatement prise en charge selon des stades des lésions.

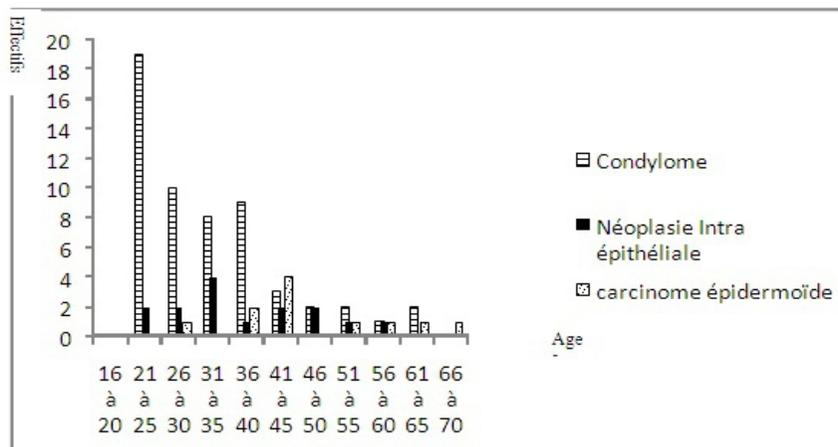
L'âge, la gestité, la parité, le nombre de partenaires sexuels, le niveau d'instruction, l'âge moyen au 1<sup>er</sup> rapport sexuel, les résultats IVA/IVL et les lésions anatomopathologiques ont été les données recueillies et les facteurs étudiés. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info version 3.5 (CDC Atlanta). Les moyennes ont été comparés avec le test-t de Student et le test de Kuskal Wallis. Les proportions ont été comparées avec le Chi carré de Pearson. La différence avait été jugée significative pour  $p < 5\%$ .

## Resultats

### Fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin et caractéristiques des enquêtées.

Pendant la période d'étude, 1057 femmes de la commune de Parakou avaient bénéficié du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses par l'IVA/IVL. L'âge moyen des enquêtées était de  $32,62 \pm 9$  ans avec des extrêmes de 22 ans et de 66 ans. Elles étaient 665 (62,91%) à avoir un âge compris entre 22 ans et 34 ans. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de  $17,54 \pm 2,45$  ans. Les âges extrêmes au premier rapport sexuel était de 10 ans et de 29 ans. Les enquêtées avaient eu en moyenne 3 partenaires sexuels. Les extrêmes étaient de 1 partenaire et 13 partenaires. Elles n'étaient pas scolarisées dans 328 cas (31,03 %). Parmi celles qui étaient scolarisées 285 : 27% avaient le niveau du primaire et 34% le niveau du secondaire. Elles vivaient en couple dans 858 cas (81,18%). Elles étaient multipares dans 476 cas (45,03 %) et paucipares dans 169 cas (16%). Les Primipares étaient au nombre de 190 (18%) et les nullipares étaient 222 soit 21%. La parité moyenne était de  $2,6 \pm 2,3$ .

Au nombre des 1057 enquêtées, 71 (6,81%) avaient des lésions précancéreuses (condylomes et CIN) et 11(1,04%) avaient des lésions cancéreuses (carcinomes épidermoïdes). La répartition de ces lésions en fonction de l'âge est rapportée à la figure 1.



**Figure1** : Répartition des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin en fonction de l'âge.

La tranche d'âge [31-35 ans] était plus concernée par les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Toutefois des pics sont observés au niveau des tranches d'âge de [21 à 25 ans], de [31 à 35 ans] et de [41 à 45 ans] respectivement pour les condylomes, les CIN et les carcinomes épidermoïdes (Figure). Les âges extrêmes des lésions précancéreuses étaient de 22 et 45 ans et ceux des carcinomes épidermoïdes de 29 et 65 ans. De

tous les facteurs de risque étudiés, seule la différence entre les moyennes d'âge au premier rapport sexuel dans les groupes des lésions précancéreuses et cancéreuses du col n'a pas été trouvée significative (Tableau1).

**Tableau1** : Facteurs associés aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Parakou au Bénin

Facteurs de risque	Lésions précancéreuses	Carcinome épidermoïde	Absence de sans lésions	Valeurs de P
Age Moyen	32 ± 10,8	46 ± 13,4	32 ± 10,6	0,0014
non scolarisée	29(71)	10(11)	334(975)	0,0001
Age moyen au 1 <sup>er</sup> rapport sexuel (Année)	16 ± 1,7	16 ± 1,5	18 ± 1,45	0,0184
Gestité moyenne	3 ± 2,5	6 ± 3,17	1 ± 0,68	0,0002
Parité moyenne	4 ± 1,99	5 ± 3,14	2 ± 2,3	0,004
Nombre de partenaires sexuels	3 ± 1,13	4 ± 2	3 ± 1,34	0,005

L'âge moyen au premier rapport sexuel de la population étudiée est supérieur à ceux des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin qui étaient respectivement de 16 ± 1,7 et de 16 ± 1,5. Le nombre de partenaires sexuels était supérieur ou égal à 3 chez 72,73% des femmes dans le groupe des carcinomes épidermoïdes contre 54,17% dans celui des lésions précancéreuses.

## Discussion

Le dépistage par les méthodes visuelles (IVA/IVL) des lésions précancéreuses et cancéreuses est une des nombreuses méthodes qui ont été proposées comme convenables aux pays pauvres par l'OMS en 2007 (OMS, 2007). L'utilisation des méthodes visuelles dans le cadre de la présente enquête est due au fait que les tests visuels ont une performance égale ou supérieure à celle de la cytologie cervicale en ce qui concerne l'identification correcte des lésions précancéreuses (Sankaranarayanan et al., 2004 ; Almonte et al., 2007). Son expérimentation dans le cadre de ce dépistage dans deux centres de santé (Kpébié et Zongo) et au CHUDB est d'une grande importance puisqu'elle participe à l'acquisition de nouvelles compétences et a permis d'apprécier l'ampleur du problème.

La fréquence des lésions précancéreuses du col utérin dans notre étude (6,81%) était similaire à celles rapportées en Afrique du sud par Denny et al., 2001 et à celle de Sankaranarayanan et al.,1999; en Inde. Elle est nettement inférieure à la prévalence trouvée au Congo qui était de 31,6% (Peko et al., 2005). Dans ce même pays, Moukasssa et al., 2007 avaient rapporté une fréquence intrahospitalière de lésions intraépithéliales de 15,36%. Cette différence tient surtout aux caractéristiques sociodémographiques de nos échantillons mais surtout au contexte socio-culturel des études.

La répartition par âge de la fréquence des lésions précancéreuses du col utérin indiquait que la tranche d'âge de 21 ans à 25 ans était la plus touchée par les condylomes et la tranche d'âge de 31 ans à 35 ans par les CIN. Ceci témoignerait du lien de filiation et de la progression condylome, lésions précancéreuses, puis cancéreuses. L'âge moyen au premier rapport sexuel dans les groupes de lésions précancéreuses et cancéreuses du col qui est inférieur à celui de la population étudiée vient confirmer le rôle de la précocité des rapports sexuels dans les deux groupes. Selon une étude menée au Brésil de 1987 à 1995, la fréquence des frottis cervico-vaginaux(FCV) anormaux des moins de 21 ans a été multipliée par 4, passant de 0,64% à 2,10% pendant les 8 ans (Utagawa et al, 1998). Dans une autre étude brésilienne, les CIN étaient beaucoup plus fréquents chez les moins de 20 ans que chez les plus de 20 ans : 1,73% contre 0,99% (Sylvia et al., 2002). Ces différentes études indiquent un rajeunissement dans l'apparition des lésions précancéreuses et la nécessité d'une réévaluation de l'âge pour le début du dépistage.

La persistance de l'infection à Papilloma virus notamment le Humane Papilloma Virus (HPV) oncogène est actuellement le principal facteur d'évolutivité des lésions condylomateuses vers les CIN puis vers le cancer invasif selon Tranbaloc et al., 2008. Ce facteur pourrait être favorisé dans notre étude par la multiplicité des partenaires sexuels des enquêtées (3 partenaires en moyenne) ou de leurs conjoints (polygamie). En outre, la précocité des rapports sexuels et du mariage si fréquente dans nos populations associée à l'analphabétisme et au bas niveau socio-économique entretiennent ce climat favorable à l'éclosion, à la persistance et à l'évolution des lésions. Pour certains auteurs, le taux très élevé de régression spontanée des CIN1 laisse penser qu'il s'agit de lésions à très faible potentiel d'agressivité, remettant en cause leur rôle de précurseur. Il existerait alors deux groupes d'évolution distincts : les lésions de bas grade peu agressives et celles de haut grade avec des potentiels d'agressivité avérés. Les diverses lésions précancéreuses ne seraient pas alors une suite mais un mode de réponse différent à un même stimulus (Tranbaloc et al. 2008). Par ailleurs, Les données groupées de huit études cas témoins sur le

cancer invasif du col utérin et deux études sur les CIN provenant de quatre continents (Afrique, Asie, Amérique latine et l'Europe) semblent montrer que, par rapport à des femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, celles qui en ont eu trois ou quatre ont 2,6 fois plus de risque de contracter un cancer du col utérin ; celles qui en ont eu sept ou plus avaient 3,8 fois plus de risque (Muñoz et al., 2002). D'autres études corroborent cette relation établie entre le nombre d'enfants et le cancer du col utérin (Brinton et al., 1989 ; Thomas et al., 2001). Les femmes porteuses de lésions précancéreuses et cancéreuses dans notre étude étaient des multipares avec des parités moyennes respectives de 4 et 5 contre une parité moyenne de 3 dans la population d'étude. Les raisons physiologiques de cette association ne sont pas claires; des facteurs hormonaux liés à la grossesse ou le traumatisme cervical de l'accouchement sont des explications plausibles. L'état immunitaire de la femme est aussi un facteur qui détermine l'évolution des lésions précancéreuses vers le cancer du col. Ainsi, les femmes vivant avec le VIH sont plus facilement infectées et risquent davantage de développer des lésions précancéreuses que les femmes séronégatives au VIH (Clarke et al. 2002, de Sanjose et al., 2002). Outre ce facteur infectieux, les conditions socio-économiques et culturelles ont entretenu chez nos enquêtées un état immunitaire précaire du fait même d'habitudes de régimes alimentaires carencés. Dans ce contexte, il n'est donc pas raisonnable de compter sur une régression spontanée des lésions de bas grades comme l'ont rapporté Tranbaloc et al., 2008. Le niveau d'instruction a influencé la survenue de lésions précancéreuses et cancéreuses dans notre étude. Tout cela nous fait évoquer le poids de l'ignorance et de la sous information dans la genèse des lésions précancéreuses et cancéreuses chez nos enquêtées.

## **Conclusion**

La prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin était respectivement de 6,81 % et de 1,04 %. L'âge, la parité, la gestité, le nombre de partenaires sexuels ont été les principaux facteurs associés. Cette étude pourrait servir de base à la mise en place d'un programme de dépistage dynamique, à moindre coût dans un système de référence organisé.

## **References:**

Almonte Maribel Ferreccio Catterina, Jennifer L. Winkler, Jack Cuzick, Vivien Tsu, Sylvia Robles Rina Takahashi and Peter Sasieni. 2007. Cervical screening by visual inspection, HPV testing, liquid-based and conventional cytology in Amazonian Peru. *International Journal of Cancer*;121(4):796–802.

- Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Herrero R, de Britton RC, Gaitan E. 1989. Parity as a risk factor for cervical cancer. *American journal of epidemiology*; **130**:486–496.
- Clarke B, Chetty R. 2002. Postmodern cancer: the role of human immunodeficiency virus in uterine cervical cancer. *Molecular Pathology*; **55**(1):19–24.
- Denny L. 2001. Le dépistage du cancer du col de l’utérus dans les pays en développement. *Bulletin médical de l’IPPF*; **35** (2):3-4.
- de Sanjose S, Palefsky J. 2002. Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men. *Virus Research* ; **89**(2): 201-11.
- Moukassa D, N’golet A, Lingouala LG, Eouani ML, Samba JB, Mambou JV. 2007. Lésions précancéreuses du col utérin à Pointe-Noire: analyse de situation. *Med Trop*; **67**: 57-60.
- Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS. . 2002. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* ; **359**(9312):1093-01.
- Organisation Mondiale de la Santé(OMS). 2007. La lutte contre le cancer du col de l’utérus. Guide des pratiques essentielles. Prise en charge intégrée de la santé génésique et sexuelle et des maladies chroniques. Genève ; OMS.
- Peko JF, Kokolo J, Ngolet A, Gombe Mbalawa C. 2005. Lésions précancéreuses du col utérin : Aspects histo-épidémiologiques en milieu congolais. *Med Afr Noire* ; **52**(10): 572-4.
- Sankaranarayanan R, Parthasarathy Basu Ramani S, Wesley, Cédric Mahe Namory Keita; Charles C. Gombe Mbalawa, Rameshwar Sharma, Amadou Dolo, Surendra S. Shastri, Marius Nacoulma, Madi Nayama, .2004. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from an IARC multicentre study in India and Africa. *International Journal of Cancer* ;110(6):907–13.
- Sankaranarayanan R, Shyamalakumary B, Wesley R, Sreedeviamma N, Parkin DM, Nair MK. . 1999. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors. In *J Cancer*; **80** (1):161-3.
- Stewart BW, Kleihues P. 2003 .Panorama mondial du cancer du col de l’utérus. In: *World Cancer Report*, Lyon CIRC, editor, Pratiques cliniques preventives. Lyon : IARCPress 44.
- Sylvia CS, Souza MA, Angelo AG, Pavani R, Adad SJ, Murta EF. Increased frequency of abnormal Papanicolaou smears in adolescents. *Arch Gynecol Obstet*. 2002, **266**(3):154-6.

- Thomas DB, Qin Q, Kuypers J. 2001. Human papillomavirus and cervical cancer in Bangkok. II. Risk factors for in situ and invasive squamous cell cervical carcinomas. *American Journal of Epidemiology*. **153**:732-9.
- Tranbaloc P. 2008. Histoire naturelle des lésions précurseurs du cancer du col utérin. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 36(6): 650-5.
- Utagawa ML, Pereira SM, Cavaliere MJ, Maeda MY, Shih LW, Shirata NK. 1998. Cervical intraepithelial neoplasia in adolescents: study of cytological findings between 1987 and 1995 in Sao Paulo State-Brazil. *Arch Gynecol Obstet.*; **262**(1-2): 59- 65.