

## Les stigmates de l'infection à Human Papillomavirus à Lubumbashi Profil épidémio-clinique du cancer du col utérin et de la condylomatose génitale et leur prise en charge

Munkana Na<sup>1</sup>, Kasonga Km<sup>1</sup>, Mushemuka Bc<sup>1</sup>, Kasamba Ie<sup>2</sup>, Kahesha Na<sup>1</sup>, Kabwayi Md<sup>1</sup>, Kabwa Ms<sup>1</sup>, Mbiyangandu Km<sup>2,3</sup>, Vanderpas J<sup>4</sup>, Kalenga Mk<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Département de Gynécologie-Obstétrique

<sup>2</sup>Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Département de Sciences Biomédicales

<sup>3</sup>Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine, Laboratoire de Physiologie et Pharmacologie

<sup>4</sup>Université de Mons

Corresponding Author: Munkana Na

### Résumé

**Introduction :** Le cancer du col utérin et la condylomatose génitale sont des affections stigmatisées de l'infection à Human Papillomavirus (HPV) les plus communes. L'objectif de cette étude est de recenser lesdites affections stigmatisées de l'infection à HPV et d'en analyser le profil épidémio-clinique ainsi que leur prise en charge à Lubumbashi, deuxième ville en termes de population de la République Démocratique du Congo.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive dans laquelle 122 patientes pour cancer du col utérin et 54 patientes pour condylomatose génitale ont été reçues parmi les 3650 patientes ayant bénéficié d'un examen gynécologique du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2018 dans les sept hôpitaux généraux de référence du district sanitaire de la ville de Lubumbashi et à l'hôpital général provincial de référence Jason Sendwe. Les variables sociodémographiques, les aspects de prise en charge et l'issue des patientes ont été analysés.

**Résultats :** Le cancer du col utérin a représenté 3,3 % et la condylomatose génitale 1,5 % des patientes reçues dans le service de Gynécologie de huit grandes formations médicales de Lubumbashi. L'analyse du profil épidémio-clinique du cancer du col utérin donne les éléments suivants : L'âge moyen des patientes était de 53,988 ans  $\pm$  12,12 ans et la parité moyenne de 6,53  $\pm$  3,1. Les facteurs incriminés dans la survenue du cancer du col utérin n'étaient connus que par 13 % des patientes et seulement 1,6 % d'entre-elles ont bénéficié d'un dépistage. Chez les patientes atteintes du cancer du col utérin, l'hémorragie génitale a été la plainte la plus fréquente (84,42 %). Seules 10,7 % des patientes ont consulté au stade I du cancer et 67 % ont présenté une métastase dès l'admission. L'hystérectomie totale, bien qu'indiquée chez 20 % des patientes, n'a été réalisée que dans 8,9 % des cas et le séjour moyen a été calculé à 11,8  $\pm$  9,9 jours. Trois patientes sur 122 ont bénéficié d'une opération de Wherteim. Enfin, 74,6 % des patientes avaient quitté l'hôpital en vie. Chez les patientes avec condylomatose génitale, l'âge moyen était de 29,1 ans  $\pm$  9,549 ans et la parité moyenne était de 4,3  $\pm$  2,63. La moitié (50 %) des patientes étaient porteuses du VIH et un peu moins du quart n'avait pas de statut VIH clairement défini. La plupart des lésions de condylomatose étaient de petites tailles, multiples et le plus souvent regroupées en chou-fleur. Enfin la majorité des condylomes ont été traités par l'application de la pommade de podophylline.

**Conclusion :** Nous avons noté à l'issue de la présente étude que le cancer du col utérin et la condylomatose génitale, stigmates avérés de l'infection à HPV sont retrouvés dans une proportion respective de 3,3 et 1,5 % des patientes ayant bénéficié d'un examen gynécologique à Lubumbashi. La prise en charge du cancer du col utérin à Lubumbashi demeurera aléatoire tant qu'il y aura l'ignorance de la maladie et la consultation tardive par des patientes.

**Mots clés :** cancer du col utérin, condylomatose génitale, Human papillomavirus, dépistage, Lubumbashi

Date of Submission: 28-08-2019

Date of Acceptance: 12-09-2019

### I. Introduction

L'infection à Human Papillomavirus (HPV) est l'infection virale génitale la plus fréquente selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). Il existe plus de 200 génotypes de HPV répandus à travers le monde et 14 parmi eux sont cancérogènes dont le 16 et 18 sont responsables de plus de 70 % des cancers du col utérin. La persistance des sérotypes oncogènes constitue la principale cause de la survenue des lésions cervicales intraépithéliales squameuses responsables du cancer du col utérin(1).

Le cancer du col utérin est corrélé à une mortalité élevée. En effet, plus de 311 000 décès ont été rapportés en 2018 au monde dont plus de 85 % sont survenus dans les pays à faibles revenus. L'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est, l'Amérique latine, les Caraïbes, ainsi que l'Europe centrale et orientale enregistrent les taux de morbidité et de mortalité les plus élevés au monde(1,2).

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus courant chez la femme au monde mais le premier dans les pays en voies de développement (PVD). Le nombre de nouveaux cas au monde a été estimé à 570 000 au cours de l'année 2018. En 2016, aux États-Unis d'Amérique, 12990 nouveaux cas de cancers du col utérin ont été diagnostiqués dont 4200 cas de décès bien que le dépistage par le test de Papanicolaou ait sensiblement réduit la mortalité liée au cancer du col utérin. En Chine, le cancer du col utérin constitue la seconde cause de décès lié au cancer chez les femmes âgées de 15 à 44 ans avec plus de 75 000 nouveaux cas et 34 000 Décès chaque année(1-3).

Au même titre que le cancer du col utérin, Les condylomes génitaux, ou verrues génitales constituent des stigmates de l'infection à HPV et sont souvent des associés aux génotypes HPV 6 et 11. Les génotypes HPV 2, 40, 42, 43 et 54 ont aussi été mis en évidence dans plusieurs cas de verrues génitales. Il existe 4 morphotypes cliniques des verrues génitales à savoir les condylomes acuminés, les lésions papuleuses plates, les lésions papuleuses lisses et lésions kératosiques. Un vaccin anti-HPV quadrivalent, contre les types 6, 11, 16 et 18, a été récemment autorisé dans plusieurs pays(4,5).

En Europe, chaque année, environ 58 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont enregistrés dont 24 000 décès alors qu'en Afrique sub-saharienne la situation est plus inquiétante à cause du sous-développement et de l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA. En effet le cancer du col utérin est en progression constante en Afrique subsaharienne avec plus de 75 000 nouveaux cas et près de 50 000 décès par an. D'après l'OMS, le cancer du col utérin tuera d'ici 2030 plus de 443000 femmes dans le monde, dont près de 90 % en Afrique subsaharienne(6,7).

En République démocratique du Congo (RDC), très peu d'études ont été menées sur le cancer du col utérin mais la plupart d'entre elles indiquent que le cancer du col utérin est le cancer gynécologique le plus fréquent. En effet, Mashinda en 2012, a mené une étude dont le but était de répertorier tous les cas de cancers dans deux grands hôpitaux de Kinshasa la capitale sur une durée de 40 années, a trouvé que le cancer du col utérin était le plus fréquent (27,7 %) suivi du cancer du sein (13,7%), de celui des organes lymphoïdes (10 %) et celui de la peau (8 %). La plupart des études menées à Kinshasa ont également démontré que le cancer du col était le cancer gynécologique le plus fréquemment rencontré(7-10).

A Lubumbashi, dans le Sud-Est de la RDC aucune étude approfondie ne s'est penchée sur les verrues génitales et très peu d'études se sont penchées sur le cancer du col utérin. Kyabu et al en 2012 a inventorié 257 cas de cancers gynécologiques diagnostiqués au service d'anatomie-pathologique des cliniques universitaires de Lubumbashi entre 2000 et 2012 et a trouvé que le cancer du col était le plus fréquent (11).

En RDC en général et à Lubumbashi en particulier, le manque de ressources, l'absence de politique de dépistage du cancer, la diversité des attitudes pratiques des Gynécologues face au dépistage du cancer du col face à la prise en charge de la condylomatose génitale ainsi que l'ignorance des patientes constituent des facteurs qui expliquent la morbi-mortalité élevée de ces affections. L'objectif de cette étude est d'évaluer les affections stigmatisées de l'infection à HPV, notamment les cancers du col utérin ainsi et les condylomes acuminés, de déterminer le profil épidémiologique des patientes et de discuter de la prise en charge ainsi que de l'issue des patientes.

## **II. Methodologie**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale à récolte de données rétrospective menée dans le service de Gynécologie de 7 hôpitaux généraux de référence (HGR) du district sanitaire de Lubumbashi qui comprend les 9 zones de santé suivantes : Kisanga, Lubumbashi, Kampemba, Kenya, Kamalondo, Rwashi, Tshamilemba, Mumbunda et Kisanga. Les données ont été également recueillies au service de gynécologie de l'hôpital général provincial de référence Jason Sendwe (HGPRJS) institutions médicales de la ville de Lubumbashi, entre le 01 janvier 2012 et le 31 décembre 2018. Les données ont été recueillies à partir des fiches de consultation ainsi que des registres d'hospitalisation par des enquêteurs préalablement formés. Un diagnostic clinique du cancer du col utérin a été posé chez 122 patientes et celui de condylomatose génitale chez 54 cas parmi les 3650 patientes ayant consulté dans le service de Gynécologie de huit grandes formations médicales de Lubumbashi. Des variables sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques ainsi que l'issue ont été analysées. Les données ont été recueillies et analysées à l'aide des logiciels Epi info 7, Excel2010 et IBM SPSS 20. L'approbation du comité d'éthique médicale de l'Université de Lubumbashi a été sollicitée et obtenue (lettre N° approbation : UNILU/CEM/114/2018).

### **III. Resultats**

#### **3.1. Résultats en rapport avec le cancer du col utérin**

##### **3.1.1. Prévalence du cancer du col utérin à Lubumbashi**

Dans l'ensemble des 8 formations sanitaires enquêtées, 122 cas de cancer du col utérin ont été enregistrés au cours de la période d'étude sur un total de 3650 hospitalisations soit une proportion de 3,3 %.

##### **3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques des patientes**

L'âge moyen des patientes ayant un cancer du col utérin était de  $53,9 \pm 12,12$  ans avec des extrêmes allant de 25 à 80 ans, la majorité des patientes, soit 34,2 %, avaient un âge compris entre 51 et 60 ans alors que moins de 2 % des patientes avaient moins de 30 ans.

Concernant le lieu d'habitation des patientes, bien que l'étude se soit déroulée dans 8 formations sanitaires différentes de la ville de Lubumbashi, un peu moins d'un quart d'entre elles provenait de la commune de Kampemba, soit 24,6 %. Il faut également noter que 5,7 % des patientes n'habitaient pas la ville de Lubumbashi.

Concernant la parité, les multipares et les grandes multipares, mises ensemble, ont représenté plus de 60 % de l'ensemble des patientes alors qu'aucune patiente n'était nullipare. La parité moyenne était de  $6,53 \pm 3,1$  avec des extrêmes allant de 1 à 14. La distribution de la parité était Gaussienne (figure 2). La majorité des patientes avaient un niveau d'instruction secondaire, soit 33,3 % et 62,3 % d'entre elles ont déclaré être mariées alors que moins de 1 % étaient célibataires. Les détails des caractéristiques socio-démographiques sont repris dans le tableau 1.

##### **3.1.3. Facteurs incriminés et dépistage du cancer du col utérin**

L'âge au premier rapport sexuel n'a pas été renseigné sur la fiche de consultation dans 15,6 % des cas ; 71,3 % des patientes ont déclaré ne pas le connaître ; alors que 13,1 % d'entre elles ont eu le premier rapport sexuel entre 14 et 17 ans. Concernant l'âge au premier accouchement, cette donnée a manqué sur 81,1 % des fiches de consultation alors que seulement 13,9 % ont eu leur premier accouchement entre 15 et 20 ans. Concernant le nombre de partenaires sexuels au cours des 2 dernières années, cette donnée n'a pas été rapportée dans la quasi-totalité des cas (95,9 %) et seuls 5 patientes sur 122 ont déclaré en avoir eu un seul au cours des 2 dernières années. Enfin, concernant le dépistage du cancer du col utérin, 94,3 % des fiches n'ont pas renseigné cette information, seuls 1,6 % des patientes ont déclaré avoir eu un test de dépistage par la méthode de Papanicolaou (tableau 2).

##### **3.1.4. Paramètres cliniques, thérapeutiques et issue des patientes**

L'hémorragie génitale était la plainte la plus fréquente retrouvée chez 84,42 % des patientes et 25,40 % d'entre elles ont signalé des hypogastralgies. D'autres plaintes telles que les sécrétions anormales, les dysuries, les toux chroniques, le ballonnement abdominal étaient retrouvées de manière variable mais en faible proportion. Concernant le nombre de plainte à l'admission, la plupart des patientes en avaient une seule, soit 69 % alors que 28 % d'entre elles en avaient deux et 3 % en avaient trois.

Concernant le stade évolutif du cancer du col utérin, la majorité des patientes (36,6 %) ont consulté au stade IV de la maladie ; 31,1 % ont consulté au stade III, alors que 21,4 % ont consulté au stade II et seuls 10,7 % ont consulté au stade I. Plus de la moitié des patientes (67,2 %) avaient une métastase dès l'admission, le traitement chirurgical a été indiqué dans 20,5 % des cas mais n'a été réalisé que dans 8,9 % des cas. Une hystérectomie totale a été réalisée dans la quasi-totalité des cas mais il faut noter que 3 patientes ont bénéficié d'une opération de Wertheim. Une complication post-opératoire a été notée dans près de 20 % des cas. Les complications les plus fréquemment rencontrées étaient l'hémorragie génitale et la thrombose veineuse profonde (TVP). Le séjour hospitalier moyen était de  $11,8 \pm 9,9$  jours et enfin, concernant l'issue des patientes la majorité d'entre-elles avaient quitté l'hôpital (74,6 %) alors que 25,4 % d'entre elles étaient décédées.

#### **3.2. Résultats en rapport avec la condylomatose génitale**

Dans l'ensemble des 8 formations sanitaires enquêtées, 54 cas de condylomatose génitale ont été enregistrés au cours de la période d'étude sur un total de 3650 hospitalisations soit une proportion de 1,5 %. Chez les patientes avec condylomatose génitale, l'âge moyen était de  $29,1 \pm 9,549$  ans et la parité moyenne était de  $4,3 \pm 2,63$ . La moitié (50 %) des patientes étaient porteuses du VIH et un peu moins du quart n'avait pas de statut VIH clairement défini. La plupart des lésions de condylomatose étaient de petites taille, multiples et le plus souvent regroupées en chou-fleur. Enfin la majorité des condylomes ont été traités par l'application de la pommade de podophylline (Tableaux 3, 4 et 5).

#### IV. Discussion

##### 4.1 Profil épidémioclinique du cancer du col utérin et sa prise en charge

Dans notre série, 122 cas de cancer du col utérin ont été enregistrés entre le 01 janvier 2012 et le 31 décembre 2016 sur un total de 3650 hospitalisations en Gynécologie dans 8 formations sanitaires de la ville de Lubumbashi, ce qui représente 3,3 % des hospitalisations en Gynécologie de ces 8 structures. Mbala, dans une revue de la littérature incluant 22 articles publiés en RDC a trouvé une prévalence du cancer du col variant entre 1,68 et 2 % (12). Mashinda, à Kinshasa, a trouvé une prévalence du cancer du col utérin de 27,7 % en 2012 (10) alors que Pongi en 2016 avait une prévalence hospitalière de 1,38 % à l'hôpital général de référence de Kinshasa (9).

Les écarts observés sont dû à la différence des types d'étude, en effet l'étude de Mashinda a répertorié environ 4200 cancers de tout type diagnostiqués au service d'anatomie pathologique des Cliniques Universitaires et de l'hôpital général de référence de Kinshasa et a dégagé la proportion du cancer du col utérin alors que dans notre étude et celle de Pongi, le dénominateur utilisé pour calculer la prévalence du cancer du col utérin est constitué d'une part par le nombre de patientes hospitalisées dans les 8 structures enquêtées sur une période de 5 ans et d'autre part par les 19000 consultations réalisées au service de Gynécologie sur une période de 9 ans à l'hôpital général de référence de Kinshasa. Globalement, le cancer du col utérin demeure une affection fréquemment rencontrée dans nos contrées et constitue le 1<sup>er</sup> cancer gynécologique en RDC selon Mbala, rejoignant ainsi les données de la littérature qui stipulent que dans les pays en voie de développement, ce cancer vient en tête suivi de celui du sein (9,10,13).

L'âge moyen des patientes de notre étude est de  $53,88 \pm 12,12$  ans. L'âge moyen et la parité moyenne des patientes ayant un cancer du col utérin varient selon le type d'étude. Concernant l'âge moyen des patientes, Banza avait trouvé un âge moyen de 55 ans à Lubumbashi alors que Nyakio à Bukavu, dans l'Est de la RDC et Mujinga à Lubumbashi ont respectivement trouvé un âge moyen légèrement bas par rapport au nôtre de  $40 \pm 12,1$  ans et  $39 \pm 8,4$  ans. Pongi et Mashinda à Kinshasa ont respectivement trouvé un âge moyen de 48 et 42,2 ans. Cette variation de l'âge est également retrouvée ailleurs en Afrique, à titre d'exemple Ngwayu au Cameroun a récemment trouvé 52 ans, 48,5 ans pour N'Gessam à Cocody en Côte d'Ivoire en 2009. Dans l'étude de Mbala, la majorité des patientes étaient ménopausées et avaient un âge moyen de 51 ans. Il se dégage que la différence d'âge observée est liée au type d'étude, en effet, lorsqu'il s'agit des études qui intéressent des patientes ayant déjà un cancer invasif l'âge moyen des patientes se rapproche de la cinquantaine alors que dans les études de dépistage il se rapproche de la quarantaine et cela reflète l'évolution de l'HPV dans sa pathogénie dont la phase de latence peut varier de 2 à 15 ans (9-17).

Dans notre série, la plupart des patientes étaient grandes multipares, majoritairement mariées et ayant un niveau d'étude secondaire. La grande multiparité est connue dans la littérature comme étant un facteur par excellence qui prédispose la femme au cancer du col. Plusieurs études le montrent également en RDC comme ailleurs (9,12,13). Cela ne fait que confirmer la théorie relative à l'action de plusieurs facteurs carcinogènes dans survenue du cancer du col utérin à savoir les traumatismes répétés du col utérin lors de chaque accouchement, une hygiène génitale insuffisante, l'infection à HPV et la précocité des rapports sexuels (17).

Parmi les causes et facteurs incriminés dans la survenue du cancer du col utérin et des condylomes génitaux, la plus évidente est l'infection à HPV. En effet il est connu que la persistance du HPV sur le col utérin conduit à l'apparition du cancer du col et cette persistance est favorisée par les cofacteurs de la carcinogénèse tels que le tabagisme, la précocité des premiers rapports sexuels du fait de l'immaturité de la zone de jonction entre l'endocol et l'exocol, les partenaires sexuels multiples (plus de 4), la multiparité du fait des multi traumatismes successifs que subit la zone de jonction lors de chaque accouchement, l'usage au long cours des contraceptifs oraux, la perturbation des défenses immunitaires locale et générale, les facteurs génétiques notamment les gènes du complexe majeur d'histocompatibilité humain (CMH) codant pour les protéines présentatrices d'antigène de surface ou encore le système HLA (humane leucocyte antigène) ou encore, certaines combinaisons alléliques particulières seraient associées à une augmentation de risque du cancer du col utérin : par exemple l'expression de l'allèle HLA-DQBI\*0301 seul ou combiné avec l'allèle HLA -1\*0401. Par contre certains aliments riches en caroténoïdes, tocophérols et l'acide ascorbique qui sont des antioxydants capable de limiter les dommages de l'ADN (18-24).

Par ailleurs, plusieurs travaux évoquent le rôle protecteur de la circoncision face à l'infection à HPV. L'étude de Castellsagué et al (2002) a montré que parmi les 1139 hommes ayant pu être testés pour la présence de papillomavirus au niveau génital, 292 étaient circoncis tandis que 847 ne l'étaient pas. Le virus a été décelé chez seulement 5,5 % des premiers contre 19,6 % des seconds. Au total, la probabilité d'être infecté par ce germe semble abaissée de 63 % chez les hommes circoncis. Fait intéressant, le taux de cancers du col utérin était également abaissé chez les femmes partenaires des hommes circoncis. Le risque était diminué de 58 % chez les femmes monogames dont le compagnon était circoncis et qui avait eu plus de 6 partenaires sexuelles. La généralisation de la circoncision, qui ne concerne aujourd'hui qu'un homme sur quatre dans le monde, réduirait de 20 à 40 % environ la fréquence du cancer du col utérin (25).

Concernant les facteurs de risque et le dépistage du cancer du col, plus de 70 % des patientes ont déclaré ne pas connaître l'âge qu'elles avaient lors du premier rapport sexuel. Nous avons également remarqué que la complétude des facteurs de risque sur les fiches de consultation n'était pas faite de manière optimale et que le dépistage du cancer du col par la méthode de Papanicolaou n'a été réalisé que par 1,6 % des patientes. A Lubumbashi, aucune étude sur les connaissances et les attitudes pratiques des patientes face au cancer du col utérin n'a été menée mais dans une étude similaire menée à Lusaka en Zambie, Nyambe a constaté que seuls 36,5 % des femmes enquêtées avaient déjà entendu parlé du cancer du col utérin et qu'une faible proportion d'entre elles (24,4 %) d'entre elles connaissaient la corrélation qui existe entre le fait d'avoir des rapports sexuels précoces et/ou le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuel et la survenue du cancer du col utérin. Olubodun au Nigéria a constaté dans une étude similaire que 64,3 % des patientes avaient des connaissances faibles sur les facteurs de risque du cancer du col et sur l'existence d'un vaccin. Une étude menée au Népal (Inde) en milieu rurala également montré que 87 % des participantes avaient une connaissance insuffisante sur le cancer du col utérin alors qu'au Moyen Orient 62,3 % des patientes du Royaume d'Oman ont également des connaissances insuffisantes sur le cancer du col pour 61,9 % en Chine dans une étude menée à l'hôpital *First People's Hospital* dans la province de Yunnan en 2015 par Yuanyue. Dans une étude menée par Schettino et dans laquelle un des objectifs était de comparer le niveau de connaissance sur les facteurs de risque et les attitudes pratiques face au cancer du col des femmes italiennes et turques en 2018, l'auteur a trouvé que 57 % des femmes italiennes avaient un niveau de connaissance satisfaisant contre seulement 31,9 % des femmes turques. Il se dégage que la plupart des femmes ne connaissent pas les facteurs de risque du cancer du col utérin et ce, quel que soit le milieu(26–31).

L'hémorragie génitale a été le motif de consultation le plus couramment évoqué à l'admission (84,4 %), suivie des hypogastralgies et des sécrétions vaginales anormales. Plusieurs auteurs ont également fait le même constat notamment Pongi(9) à Kinshasa qui a retrouvé ce signe chez 48,2 % des patientes, bien que dans son étude, les hypogastralgies (11,4%) viennent en 3<sup>ème</sup> position après les sécrétions anormales (22,8 %). Dans les 22 articles que compte la méta analyse faite par Mbala en 2015(12), l'hémorragie génitale a également constitué le premier motif de consultation. D'autres auteurs dans la sous-région ont fait le même constat, à titre d'exemple, Karam(32) en 2004 a trouvé 87,5 % à Casablanca et tant d'autres. Nous avons également constaté dans notre série que la majorité des patientes (69 %)présentaient une seule plainte à l'admission, le même constat est également fait par plusieurs autres auteurs. Il est connu que l'épithélioma intra épithélial n'a pas de signe clinique et que seules les formes invasives du cancer du col se traduisent cliniquement par une hémorragie de contact le plus souvent, ce qui doit faire craindre tout clinicien et l'inciter à évoquer le diagnostic de cancer du col utérin devant tout cas de saignement anormal en dehors des menstruations (9).

Théoriquement, il est connu que le cancer du col utérin comprend des stades opérables (stade I) et d'autres non-opérables (Stades II, III et IV). La majorité des patientes, soit 36,6 % de notre série ont consulté à un stade IV alors que seuls 10,7 % d'entre elles ont consulté au stade I de la maladie. La chirurgie n'a été réalisée que chez 8,9 % des patientes. Dans l'étude de Pongi, 85,6 % des patientes ont consulté au stade non-opérable à Kinshasa (9). Nguma, déjà en 1978 avait également fait le même constat (33) et plus récemment, Mbala a fait le même constat est fait partout en RDC en 2015 et dans plusieurs pays en Afrique subsaharienne(12). Par contre dans l'étude de Karam, la majorité des patientes marocaines (54,1 %) ont consulté au stade IIb et seules 2,9 % ont consulté au stade IV (32). Ceci traduit entre autres l'ignorance des patientes sur la maladie par rapport au cancer du col, l'inaccessibilité financière aux soins de santé aggravé par l'absence des mutuelles de santé et l'insuffisance d'équipement des structures sanitaires en RDC.

Concernant la prise en charge, 91,1 % des patientes ont bénéficié des soins palliatifs, aucune patiente n'a bénéficié, de la radiothérapie, encore moins de la chimiothérapie. Sur les 8,9 % qui ont été opérées aucune n'a bénéficié d'une chirurgie conservatrice du genre conisation ou électrocautérisation ou encore d'une amputation intra vaginale du col utérin.

Il est connu théoriquement qu'une bonne prise en charge du cancer au stade invasif opérable doit être fait au stade précoce et qu'elle est essentiellement basée sur l'association chirurgie-radiothérapie, accessoirement sur la chimiothérapie(9). Il est également connu que le dépistage du HPV au stade infraclinique demeure le seul moyen efficace et sûr d'éviter la survenue du cancer du col utérin (34). Au vu du constat fait sur la prise en charge des patientes au cours des 5 dernières années à Lubumbashi où aucun centre de radiothérapie n'existe, au vu également de tous les facteurs évoqués plus hauts qui limitent la qualité des soins dans un pays à ressources limitées comme la RDC, il se dégage que si aucune action d'envergure visant à améliorer la qualité des soins n'est entreprise, la situation ne s'améliorera pas de sitôt. En plus de cela, le coût de la prise en charge du cancer du col étant très élevé en RDC (12) et la quasi inexistance des mutuelles de santé ne facilite pas la taches aux familles des patientes qui sont généralement pauvres et qui sont obligées de financer la prise en charge.

Concernant l'issue et le pronostic, nous avons trouvé qu'environ 3 patientes sur 4, soit 74,6 % avaient quitté l'hôpital vivantes après un séjours moyen de 11 jours d'hospitalisation. Le pronostic de ces patientes reste néanmoins sombre vu qu'elles étaient en majorité à un stade avancé et que dans cette étude l'information sur les

patientes a été prise à un seul moment de façon transversale sans avoir une information par rapport à la survie des patientes, ce qui laisse penser que le chiffre de 24,4 % des décès est très probablement sous-estimé.

#### **4.2 Profil épidémiologique-clinique de la condylomatose génitale et sa prise en charge**

Dans notre série, la condylomatose génitale a été retrouvée chez 54 patientes sur 3650 patientes reçues dans les 8 structures enquêtées, soit une prévalence de 1,5 %. Nos chiffres rejoignent ceux de plusieurs auteurs, à titre d'exemple, ceux de Harshila dans une méta-analyse où la prévalence variait entre 0,2 à 5,1 % à la suite de la collecte des données faite de manière prospective(35).

L'âge moyen des patientes de notre série était de  $29,06 \pm 9,49$  ans avec des extrêmes allant de 17 à 55 ans et la majorité (83,30 %) des patientes avaient un âge situé entre 20 et 50 ans avec un pic entre 20 et 30 ans. La littérature signale que la condylomatose génitale est fréquemment rencontrée dans ces limites d'âge avec une tendance à se manifester un peu plus tôt chez la femme (entre 20 et 25 ans) par rapport à l'homme qui a tendance à faire la maladie plus souvent entre 25 et 30 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que la jeune fille débute tôt l'activité sexuelle par rapport au jeune garçon (35–37).

Enfin, il s'est dégagé dans notre étude que la moitié (50 %) des patientes étaient porteuses du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) mais dans 22,27 % des cas cette information n'avait pas été fournie sur les documents consultés. Cette affection reste très couramment associée avec l'infection à VIH (38). Selon les milieux, la prévalence de l'infection du HPV, responsable de la condylomatose, peut être variable mais elle reste toujours suffisamment élevée chez les personnes vivant avec le VIH (39,40).

### **V. Conclusion**

Au terme de cette étude, nous avons noté que le cancer du col utérin est retrouvé chez 3,3 % des patientes reçues dans les huit grandes formations médicales de Lubumbashi et ~~alors que~~ la condylomatose est signalée dans 1,5 % de cas. Le profil de la femme victime du cancer du col reste caractérisée à Lubumbashi par un âge péri-ménopausique, une grande multiparité, majoritairement mariée, ne connaissant pas suffisamment les facteurs de risque du cancer du col utérin et qui a très souvent des hémorragies génitales anormales à l'admission à l'hôpital alors que celui de la condylomatose est caractérisée par un âge relativement jeune et très souvent associé à l'infection à VIH. La prise en charge du cancer du col utérin et de la condylomatose génitale à Lubumbashi demeurera aléatoire tant qu'il y aura la conjonction de plusieurs facteurs tels que l'ignorance des patientes, l'absence d'une politique de dépistage du cancer du col utérin, la consultation tardive des patientes, l'insuffisance de ressources, le manque d'infrastructures médicales adéquates de radiothérapie, le tout associé à la pauvreté qui caractérise les pays en voie de développement comme la RDC rendant ainsi l'issue et le pronostic des patientes incertain.

### **References Bibliographiques**

- [1]. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [Internet]. [Cité 2 mai 2019]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- [2]. Yoo W, Kim S, Huh WK, Dilley S, Coughlin SS, Partridge EE, et al. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. PLoS ONE [Internet]. 2017 [cité 2 mai 2019] ;12(2). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325259/>
- [3]. Wang H, Lee D, Park S, Kim G, Kim S, Han L, et al. Diagnostic Performance of HPV E6/E7 mRNA and HPV DNA Assays for the Detection and Screening of Oncogenic Human Papillomavirus Infection among Woman with Cervical Lesions in China. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(17):7633-40.
- [4]. Dareng EO, Adebamowo SN, Famooto A, Olawande O, Odotola MK, Olaniyan Y, et al. Prevalence and incidence of genital warts and cervical Human Papillomavirus infections in Nigerian women. BMC Infect Dis [Internet]. 2019 [cité 14 juill 2019] ;19. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6323853/>
- [5]. FT Cutts, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G, et al. OMS | Virus du papillome humain et vaccins anti-VPH : bilan [Internet]. WHO. [Cité 15 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/06-038414-ab/fr/>
- [6]. OMS. Dernières données mondiales sur le cancer : le fardeau du cancer atteint 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès par cancer en 2018. Centre international de recherche sur le cancer ; 2018.
- [7]. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. Viruses. 2018;10(12):729.
- [8]. Ali-Risasi C, Mulumba P, Verdonck K, VandenBroeck D, Praet M. Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. BMC WomensHealth. 2014 ;14 :30.
- [9]. Jackson PM, Alois NM. Etude Epidémiologique et Clinique des cas du cancer du col de l'utérus soignés à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK) sur une période de 9 ans. 2016 ;7(8):9.
- [10]. Mashinda K, Kayembe KP, Mapatano MA. Prévalence du cancer en République Démocratique du Congo : données anatomopathologiques recueillies aux Cliniques Universitaires et à l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa. Ann Afr Med. Annales africaines de Médecine de Médecine. 2012 ;1087-93.
- [11]. Nyakio Olivier N, BasimaneParvine B, Bwami Joyeux M, Mukwege Denis M, Kakudji Prosper L, Kalenga Prosper M, et al. Profil anatomo-histologique des cancers gynécologiques et mammaires. Cas de l'hôpital général de référence de Panzi (RD Congo). Rév.Afr.Méd& S.P. 2018;19-27.
- [12]. Mbala Nlandu L. Etat de lieu des cancers gynécologiques en RD. Congo. Annales africaines de médecine [Internet]. Annales africaines de médecine. 2015 [cité 13 juill 2019]; Disponible sur : <https://anafrimed.net/etat-de-lieu-des-cancers-gynecologiques-en-rd-congo/>

- [13]. Banza K, Kizonde K, Unga M, Mutach K, Kabila B, Kalenga MK. Le cancer du col de l'utérus : problématique de la prise en charge ; à propos de 40 cas observé à l'Hopital général provincial de référence Janson Sendwe à Lubumbashi. *Lubumbashi médical*. 1999 [cité 11 juill 2019]; Disponible sur : <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/cancer-col.asp#>
- [14]. Didier M, Philippe M, Abdon M, Julien I. Cervical Smears: Morphological and Epidemiological Study for Intra-Epithelial Neoplasia in Lubumbashi. *Int J Clin Oncol Cancer Res*. 2018;3(4):55.
- [15]. Nkfusai NC, Cumber SN, Williams T, Anchang-Kimbi JK, Yankam BM, Anye CS, et al. Cervical cancer in the Bamenda Regional Hospital, North West Region of Cameroon: a retrospective study. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2019 [cité 11 juill 2019] ;32. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6560966/>
- [16]. N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S. LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain. *Mali médical*. 2009 ;27-30.
- [17]. Encyclopédie Larousse en ligne - cancer de l'utérus [Internet]. [Cité 15 nov 2018]. Disponible sur : [https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/cancer\\_de\\_l\\_ut%c3%a9rus/16826](https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/cancer_de_l_ut%c3%a9rus/16826)
- [18]. Cox JT. Epidemiology of cervical intraepithelial neoplasia. the role of human papillomavirus... *Bailliers Clin Obst et Gynaecol*. 1995 ;1-37.
- [19]. Ciraru N, Vignerou, Ferrand J. Facteurs de risque. cancer du col de l'utérus. *Im, Méd, Phys. Biol. Hum*. 1999 ;11.
- [20]. Duport N. Les données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus état des connaissances. *Maladies chroniques et traumatismes. Maisons-Alfort*. 2007 ;56.
- [21]. Lanz Susanne, cancer du col de l'utérus et lésion précancéreuses. *Ligue suisse contre le cancer*. 2010;40.
- [22]. Schneider A, Hotz M, Gissmann L. Increased prevalence of human papillomaviruses in the lower genital tract of pregnant women. *Int J Cancer*. 1995 ;198-201.
- [23]. Castellsagué X, Drudis T, Cañadas MP, Goncé A, Ros R, Pérez JM, et al. Human Papillomavirus (HPV) infection in pregnant women and mother-to-child transmission of genital HPV genotypes: a prospective study in Spain. *BMC Infect Dis [Internet]*. déc 2009 [cité 13 août 2018];9(1). Disponible sur : <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-9-74>
- [24]. Hildesheim A, Herrero R, Castle PE. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *British journal of cancer*. 2001;1219-26.
- [25]. Castellsagué XF, Bosch, X, Muñoz N, Chris J.L.M, Meijer, Keerti V Shah, et al. Male Circumcision, Penile Human Papillomavirus Infection, and Cervical Cancer in Female Partners. *N Engl J Med*. 11 avr 2002;1105-12.
- [26]. Nyambe A, Kampen JK, Baboo SK, Van Hal G. Knowledge, attitudes and practices of cervical cancer prevention among Zambian women and men. *BMC Public Health [Internet]*. 2019 [cité 11 juill 2019];19(1). Disponible sur : <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6874-2>
- [27]. Olubodun T, Odokoya OO, Balogun MR. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer prevention, among women residing in an urban slum in Lagos, South West, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2019; 32:130.
- [28]. pubmeddev, al TN et. Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. - PubMed - NCBI [Internet]. [Cité 12 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29770627>
- [29]. pubmeddev, al AN et. Factors Influencing Knowledge and Practice Regarding Cervical Cancer and Pap smear Testing among Omani Women - PubMed - NCBI [Internet]. [Cité 12 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30583342>
- [30]. Yuanyue L, Baloch Z, Shanshan L, Yasmeen N, Xiaomei W, Khan JM, et al. Cervical Cancer, Human Papillomavirus Infection, and Vaccine-Related Knowledge. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent [Internet]*. 2018 [cité 12 juill 2019] ;25(1). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6144517/>
- [31]. Schettino MT, De Francis P, Schiattarella A, La Manna V, Della Gala A, Caprio F, et al. Prevalence of HPV Genotypes in South Europe: Comparisons between an Italian and a Turkish Unvaccinated Population. *J Environ Public Health [Internet]*. 2019 [cité 12 juill 2019];2019. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6545765/>
- [32]. Karram Sanae. Les cancers du col utérin (A propos de 152 cas) [Internet] [Thèse de Doctorat]. [Casablanca, Maroc] : Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca ; 2004 [cité 12 juill 2019]. Disponible sur : <http://hdl.handle.net/123456789/5237>
- [33]. Nguma M, Esomya N, Kakudji L, Kia N, Kinkenda L. Epidémiologie du cancer du col aux cliniques universitaires de Kinshasa sur une période de 10 ans. *Ann. Med. Pharm*. 1978;(1) 75-80.
- [34]. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):297-316.
- [35]. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis*. 25 janv 2013; 13:39.
- [36]. Pirotta M, Stein AN, Conway EL, Harrison C, Britt H, Garland S. Genital warts incidence and health care resource utilisation in Australia. *Sex Transm Infect*. 2010;181-6.
- [37]. Monsonego J, Breugelmanns JG, Boue S, Lafuma A, Benard S, Remy V. Anogenital warts incidence, medical management and costs in women consulting gynaecologists in France. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007;107-13.
- [38]. Low AJ, Clayton T, Konate I, Nagot N, Ouedraogo A, Huet C, et al. Genital warts and infection with human immunodeficiency virus in high-risk women in Burkina Faso: a longitudinal study. *BMC Infect Dis*. 20 janv 2011; 11:20.
- [39]. Wall SR, Scherf CF, Morison L, Hart KW, West B, Ekpo G, et al. Cervical human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in rural Gambia, West Africa: viral sequence analysis and epidemiology. *Br J Cancer*. 31 oct 2005;93(9):1068-76.
- [40]. Mayaud P, Gill DK, Weiss HA, Uledi E, Kopwe L, Todd J, et al. The interrelation of HIV, cervical human papillomavirus, and neoplasia among antenatal clinic attendees in Tanzania. *Sex Transm Infect*. Août 2001 ;77(4) :248-54.

VI. ANNEXES

**Tableau 1 :** Caractéristiques socio-démographiques des patientes ayant un cancer du col utérin

Désignation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<b>Caractéristiques des patientes</b>		
Prévalence du cancer du col utérin		
P= n / nombre de patientes reçues en Gynécologie	122 / 3650	3,30
Age des patientes (n=122)		
Age moyen des patientes, ans (ET)(n=122)	53,9 (12,1)	
Age minimum	25	
Age maximum	80	
Age des patientes selon les tranches d'âges (n=120)		
Inférieur à 30 ans	2	1,67
31 à 40 ans	15	12,5
41 à 50 ans	29	24,17
51 à 60 ans	41	34,17
61 à 70 ans	20	16,67
71 à 80 ans	13	10,83
Parité (n=96)		
Parité moyenne (ET)	6,53 (3,064)	
Parité minimale	1	
Parité maximale	14	
Parité des patientes selon les tranches (n=96)		
Nullipare (P0)	0	0,00
Primipare (P1)	5	5,21
Paucipare (P2-P3)	12	12,50
Multipare (P4-P6)	31	32,29
Grande multipare (P7-P9)	29	30,21
Très grande multipare (P supérieur à 10)	19	19,79
Commune de provenance (n=122)		
Annexe	17	13,9
Autre ville	7	5,7
Kamalondo	4	3,3
Kampemba	30	24,6
Katuba	26	21,3
Kenya	8	6,6
Lubumbashi	22	18,0
Rwashi	8	6,6
Niveau d'instruction (n=120)		
Analphabète	7	5,8
Non précisé	31	25,8
Primaire	26	21,7
Secondaire	40	33,3
Universitaire	16	13,3

**Tableau 2 :** répartition des patientes en fonction de la connaissance des facteurs de risque du cancer du col utérin et du dépistage

<b>Caractéristiques des patientes en fonctions des facteurs de risque et dépistage du cancer du col utérin</b>		
Age au premier rapport sexuel (ans) (n=120)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
14	2	1,7
15	6	5,0
16	3	2,5
17	4	3,3
Non renseigné sur la fiche	105	87,5
Age au premier accouchement (ans)(n=120)		
15	8	6,7
16	2	1,7
17	2	1,7
18	1	0,8
19	2	1,7
20	4	3,3
Entre 21 et 25	3	2,5
Entre 26 et 30	1	0,8
Non renseigné sur a fiche	97	80,8
Test de Papanicolaou (n=122)		
Test fait	2	1,64
Testnon fait ou non renseigné sur la fiche	120	98,36



**Tableau 3 : caractéristique des patientes ayant une condylomatose génitale**

Désignation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Prévalence de la condylomatose		
P=n / nombre de patientes reçues en Gynécologie	54 / 3650	1,5
Age des patientes (n=54)		
Age moyen des patientes, ans (ET)(n=54)	29,06 (9,49)	
Age minimum	17	
Age maximum	55	
Age des patientes selon les tranches d'âges (n=54)		
Age inférieur à 20 ans	6	11,10
Age compris entre 20 et 50 ans	45	83,30
Age supérieur à 50 ans	3	5,55
Parité (n=54)		
Parité moyenne (ET)	4,31 (2,63)	
Parité minimale	0	
Parité maximale	11	
Commune de provenance (n=54)		
Lubumbashi	10	18,52
Kampemba	15	27,78
Rwashi	5	9,26
Kamalondo	7	12,96
Kenya	6	11,11
Katuba	2	3,70
Annexe	2	3,70
Non renseigné sur la fiche	7	12,96
Niveau d'instruction (n=54)		
Primaire	7	12,96
Secondaire	19	35,19
Universitaire	5	9,26
Non scolarisée	7	12,96
Non renseigné sur la fiche	16	29,63
Situation maritale (n=54)		
Mariée	21	38,89
Non mariée	9	16,67
Non renseigné sur la fiche	24	44,44
Statut VIH (n=54)		
VIH positif	27	50,00
VIH négatif	15	27,78
Statut VIH inconnu ou non précisé	12	22,22

**Tableau 4 : caractéristiques cliniques des patientes avec condylomatose génitale**

Caractéristiques cliniques des condylomes acuminés (n = 54)			
Taille des condylomes acuminés	Petite taille n (%) 28 (51,85)	Grande taille n (%) 7 (12,96)	Non renseigné sur la fiche n (%) 19 (35,19)
Nombre de condylomes acuminés	Unique n (%) 6 (11,11)	Multiple n (%) 18 (33,33)	Non renseigné sur la fiche n (%) 30 (55,56)
Dispersion des condylomes vs regroupement des condylomes	Dispersé n (%) 4 (7,41)	Regroupé en chou-fleur n (%) 12 (22,22)	Non renseigné sur la fiche n (%) 38 (70,37)
Localisation des condylomes	Génitale	Anus et région péri-anale	Plis de l'aîne et racine de la cuisse

**Tableau 5 : répartition des patientes ayant une condylomatose génitale selon leur prise en charge**

Prise en charge des condylomes	Podophylline pommade n (%)	Laser n (%)	Électrocoagulation n (%)	Chirurgie n (%)	Cryothérapie n (%)	Non renseigné sur la fiche n (%)	Aucun traitement n (%)
	15 (27,78)	0 (0)	0 (0)	4 (7,41)	0 (0)	20 (37,01)	15 (27,78)

Munkana Na. “ Les stigmates de l'infection à Human Papillomavirus à Lubumbashi Profil épidémioclinique du cancer du col utérin et de la condylomatose génitale et leur prise en charge.” IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), vol. 18, no. 9, 2019, pp 33-41.