

Disponible en ligne sur [www.mdn.dz](http://www.mdn.dz) et sur [www.atrss.dz](http://www.atrss.dz) /Revue Médicale de l'HMRUO, Volume 8 N°3



Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
Docteur Amir Mohammed BENAÏSSA  
**LA REVUE MÉDICALE DE L'HMRUO**  
B.P 35 AHMED MEDAGHRI ORAN Tél: 041.58.71.79-83  
Fax : 041.58.71.90 Email : [hmruo@mdn.dz](mailto:hmruo@mdn.dz)



## Article original

### Cancer du col utérin : à propos de 27 cas opérés au service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

S. Lachibi <sup>(1)</sup>, M. Hanba <sup>(2)</sup>, K. Himmi <sup>(3)</sup>, L. Benmahdi <sup>(4)</sup>, FA. Dahim <sup>(5)</sup>, D. Adnane <sup>(6)</sup>, SE. Belakehal <sup>(7)</sup>

- (1) Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
(2) Service d'Epidémiologie et Médecine préventive/ Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
(3) Service de Médecine Légale / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
(4) Service du Laboratoire Central / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
(5) Service de Réanimation / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
(6) Service des Urgences / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran  
(7) Président du Comité de Lutte contre les Cancers / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran



## Résumé

**Introduction :** Le cancer du col de l'utérus est le second cancer de la femme dans le monde. Il touche tous les ans près de 500000 femmes dont 80 % dans les pays en voie de développement et constitue un problème majeur de santé publique dans notre pays avec une incidence de 20,02 pour 100000 femmes.

L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du col utérin opéré au niveau du service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran.

**Patients et méthode :** Étude descriptive rétrospective sur des femmes présentant un cancer du col utérin, prises en charges chirurgicalement au niveau du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran entre Janvier 2019 et Septembre 2021.

**Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons opéré 27 patientes pour un cancer du col, ce qui représente 35,1 % des cancers gynécologiques traités chirurgicalement dans notre service. L'âge moyen des patientes était de 46 ans. La symptomatologie était dominée par les métrorragies dans 66,7 % des cas et le type histologique prépondérant était le carcinome épidermoïde avec 85,2 % des cas. Les stades évolués ont concerné 70,4 % des patientes. Le traitement radical étant le geste le plus pratiqué avec une fréquence de 92,6 %, un reliquat tumoral persistait dans 15,8 % des cas et l'atteinte ganglionnaire était présente avec un taux de 23 %.

**Conclusion :** Le cancer du col-utérin reste un problème de santé publique dans notre pays. La plupart des patientes consultent à des stades tardifs avec un pronostic sombre. La réduction de la morbidité et de la mortalité liées à cette pathologie devrait passer par la lutte contre les facteurs favorisants, la détection précoce et par un traitement adapté selon le stade.

**Mots clés :** Cancer du col utérin, Chirurgie, Évolution, Prévention.

## Summary:

**Introduction:** Cancer of the cervix is the second most common cancer in women in the world. It affects nearly 500000 women every year, 80% of whom are in developing countries and is a major public health problem in our country with an incidence of 20.02 per 100,000 women. The objective of our work was to study the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of cervical cancer operated on at the level of the obstetric gynecology department of the Oran Regional University Military Hospital.

**Patients and method:** Descriptive retrospective study on women with cervical cancer, managed surgically at the Gynecology and Obstetrics department of the HMRUO between January 2019 and September 2021.

**Results:** During the study period, we operated on 27 patients for cervical cancer, which represents 35.1% of gynecological cancers treated surgically in our department. The average age of the patients was 46 years. The symptomatology was dominated by metrorrhagia in 66.7% of cases and the predominant histological type was squamous cell carcinoma in 85.2% of cases. The advanced stages concerning 70.4 % of the patients. Radical treatment being the most common procedure with a rate of 92.6 %, a tumor residue persisted in 15.8 % of cases and lymph node involvement was present with a rate of 23 %. The rate of metastatic dissemination was 10.5% and postoperative mortality represented 5.3% of cases.

**Conclusion :** Cervical cancer remains a public health problem in our country. Most patients consult at late stages with a poor prognosis. Reducing the morbidity and mortality associated with this pathology should go through the fight against contributing factors, early detection and treatment adapted to the stage.

**Keywords:** Cervical cancer, Surgery, Evolution, Prevention.

©2021. HMRUO.MDN|Tous Droits Réservés

## Introduction

Le cancer du col de l'utérus est le second cancer de la femme dans le monde, il touche près de 500000 femmes chaque année dont 80% dans les pays en voie de développement [1].

Son incidence et sa mortalité sont en baisse d'environ 2% par an dans les pays occidentaux ; grâce d'une part à une politique de dépistage, et d'autre part à la vaccination.

Il constitue par contre un majeur problème de santé publique dans notre pays avec une incidence de 20,02 pour 100 000 femmes [2].

Pour le cancer du col d'origine virale, la carcinogénèse est obligatoirement induite par le papillomavirus humain (HPV) de type oncogénique. Tous les cofacteurs favorisant le contage HPV ou favorisant sa progression constitue des risques de cancer du col [3].

Le dépistage se fait par un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans, entre 25 et 65 ans [4]. Le cancer du col peut être découvert par dépistage, ou révélé par des signes cliniques en particulier les métrorragies, dont le diagnostic doit être confirmé par une analyse anatomopathologique, sur biopsies ou conisation [2].

Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent, avec 80 % des cas [4]. La détermination du stade selon la classification de la Fédération internationale des gynécologues obstétriciens (FIGO), qui est un élément pronostique fondamental qui conditionne la prise en charge thérapeutique ultérieure [5].

Le cancer du col de stades précoces est de bon pronostic et le défi majeur concernant sa prise en charge est de limiter la morbidité des traitements et si possible, dans certains cas préserver la fertilité. Le cancer du col de stades évolués, sont classiquement de mauvais pronostic [5].

Une survie relative à 5 ans variant de 85 % au stade IB, à 10-20 % au stade IV et le pronostic reste sombre du fait du diagnostic tardif [5].

L'objectif de notre travail était de d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du cancer du col utérin opéré au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran (HMRUO).

## Matériels & Méthode

### Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 27 cas de cancers du col utérin opérés au cours de la période allant du 01 janvier 2019 au 30 septembre 2021 au niveau du service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran.

Tous ces cas ont fait l'objet d'une discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.

### Critères d'inclusion :

Toutes les patientes présentant un cancer du col utérin, confirmé histologiquement, basée sur la classification clinique des cancers du col utérin proposée par la fédération internationale des gynécologues obstétriciens (F.I.G.O 2009)

### Critères de non inclusion

- Néoplasie intra épithéliale (CIN1, CIN 2, CIN 3).
- Carcinome in situ.
- Tumeur maligne de localisation secondaire au niveau du col utérin.
- Cancer du col utérin traité par radio-chimiothérapie exclusive

### Sources de données

Les données épidémiologiques, cliniques, histologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives post-opératoires ont été recueillies à partir des dossiers et des registres du service de gynécologie obstétrique, d'oncologie et des comptes rendus anatomopathologiques parvenus du service d'anatomie-pathologique de l'HMRUO.

La surveillance après traitement consistait en un examen clinique tous les 4 à 6 mois pendant 2 ans, puis tout le 06 mois pendant 03 an puis annuel, à vie.

## Résultats

### Aspects socio-démographiques

Au cours de la période d'étude, nous avons recensé 131 cas de cancers gynécologiques, dont 46 cas de cancer du col utérin, soit une fréquence de 35,1 %. Le cancer du col utérin occupe la deuxième place des cancers de la femme après celui du sein. Seules 27 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

L'âge moyen des patientes est de 46 ans avec des extrêmes de 29 et 70 ans. Les grandes multipares (parité > 7) représentent 55,6 % de la série. Le mariage avant l'âge de 20 ans est noté dans 55,6 % des cas.

**Tableau I** : Répartition des patientes selon données démographiques

	Nombre (N = 27)	Fréquence en %
<b>Age (ans)</b>		
<b>26-35</b>	02	7,4
<b>36-45</b>	06	22,2
<b>46-55</b>	11	40,7
<b>56-65</b>	05	18,6
<b>66 et plus</b>	03	11,1
<b>Parité</b>		
<b>Primi et paucipares</b>	02	7,4
<b>Multipares</b>	10	37,0
<b>Grandes multipares</b>	15	55,6
<b>Age du mariage (ans)</b>		
<b>&lt; 20</b>	15	55,6
<b>20- 25</b>	08	29,6
<b>26-30</b>	04	14,8

### Aspects cliniques et anatomopathologiques

Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la consultation est de 5 mois. Les métrorragies constituent le principal signe d'appel chez les deux tiers des cas. Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent avec 85,2% des cas et les stades évolués (IB2 au VI) sont les plus fréquents et représentent 70,4 %.

### Prise en charge

Le traitement chirurgical était conservateur dans 07,4% des cas et radical dans 22,2% des cas.

Le traitement chirurgical radical après radio-chimiothérapie concomitante était réalisé dans 70,4 % des cas. Le reliquat tumoral était présent dans 15,8 % des stades évolués.

### Complications chirurgicales

Aucune complication chirurgicale n'a été notée pour les cas aux stades précoces

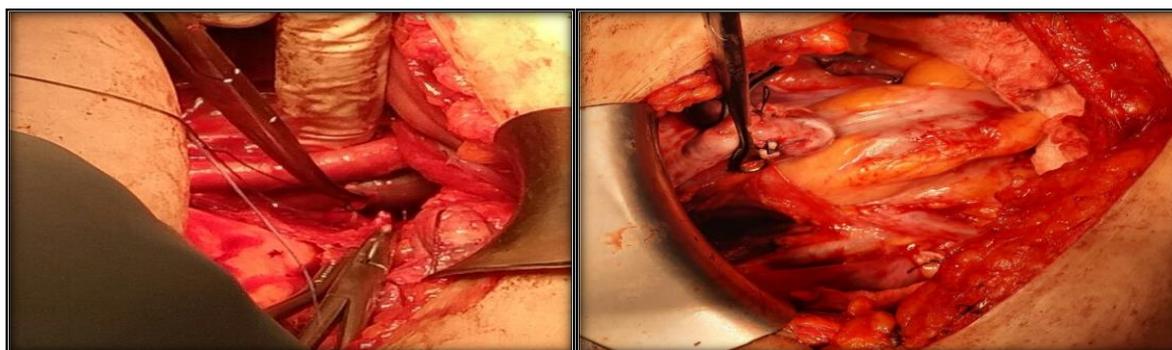
Les récurrences locorégionales et à distance ainsi qu'un seul cas de décès ont été observés chez les patientes de stades évolués.

**Tableau II : Répartition des patientes selon la clinique et le type histologique**

	Nombre (N = 27)	Fréquence en %
<b>Signes révélateurs</b>		
<b>Métrorragies</b>	18	66,7
<b>Douleurs pelviennes</b>	08	29,6
<b>Leucorrhées</b>	05	18,5
<b>Troubles urinaires</b>	03	11,1
<b>Autres</b>	02	7,4
<b>Délai de la consultation</b>		
<b>Moins de 03 mois</b>	12	44,5
<b>Entre 03 et 06 mois</b>	09	33,3
<b>Plus de 06 mois</b>	06	22,2
<b>Type histologique</b>		
<b>Carcinome épidermoïde</b>	23	85,2
<b>Adénocarcinome</b>	04	14,8
<b>Stade clinique</b>		
<b>IA1</b>	02	07,4
<b>IA2</b>	02	07,4
<b>IB1</b>	04	14,8
<b>IB2</b>	03	11,1
<b>IIA</b>	04	14,8
<b>IIB</b>	06	22,3
<b>IIIA</b>	03	11,1
<b>IIIB</b>	02	07,4
<b>IVA</b>	01	03,7

**Tableau III : Répartition des patientes selon la prise en charge**

	Nombre (N = 27)	Fréquence en %	
<b>Type de traitement</b>			
<b>Trachélectomie</b>	02	07,4	
<b>Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne</b>	06	22,2	
<b>Radio-chimiothérapie concomitante + curiethérapie + Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne.</b>	19	70,4	
<b>Résultats anatomopathologiques postopératoires</b>			
<b>Reliquat tumoral</b>	Stades précoces (08 cas)	00	0,0
	Stades évolués (19 cas)	03	15,8
<b>Atteinte ganglionnaire</b>	Stades précoces (08 cas)	01	12,5
	Stades évolués (19 cas)	02	10,5



**Figure 1** : Ligature de l'artère utérine et du paracervix selon PIVER (2)

**Figure 02** : Les limites du curage ilio-obturbateur

**Tableau IV : Répartition des patientes aux stades évolués selon les complications chirurgicales**

Complication (N = 19 cas)	Stades évolués N (%)
Hémorragiques	05 (26,31)
Complications infectieuses	04 (21,05)
Fistules vésico-vaginale	02 (10,52)
Les lymphocèles	01 (05,26)

**Tableau V : Répartition des patientes selon l'évolution**

Evolution N (%)	Récidive loco-régionale	Diffusion métastatique	Décès
Stades précoces (08 cas)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Stades évolués (19 cas)	03 (15,8)	02(10,5)	01 (5,3)

## Discussion

Dans notre série, le cancer du col utérin occupe la deuxième place des cancers de la femme après le cancer du sein et représente 35,1 % de l'ensemble des cancers gynécologiques.

Selon une étude faite à Oran par Ammour. *Fet al* [2], le cancer du col utérin occupe la deuxième place après celui du sein avec une incidence de 20,02 pour 100000 habitants.

Ainsi pour Fritih R *et al* [6], cette incidence était de 15,6 pour 100000 habitants.

### L'âge

Dans notre série, la moyenne d'âge de nos patientes était de 46 ans avec des extrêmes de 29 et 70 ans. Les

Femmes âgées entre 46-55 ans étaient les plus touchées dans 45,8 % des cas. Muteganya D *et al* [7], a rapporté un âge moyen de 43,1 ans avec des âges extrêmes de 27 et 68 ans dont la tranche d'âges entre 41-50 ans était la plus touchée (34,3 %). Fritih R *et al* [6], constatait que la moyenne d'âge des patientes était de 53,5 ans avec une prédominance des femmes âgées entre 45 et 54 ans.

Ainsi en France, l'âge des malades se situe entre 45 et 53 ans, l'âge moyen des cancers invasifs est de 55 ans, celui des lésions pré invasives entre 30 et 35 ans [7].

### La parité

Les multipares ont un risque plus élevé de développer un cancer du col utérin [8,9].

Dans notre série, 37% des patientes étaient multipares et 55,6% des grandes multipares. Nos résultats étaient proche à ceux de Muteganya D *et al* [7], qui trouvaient respectivement des taux de 22,85% et 58,28%. Cependant, Soudre BR *et al* [10], constataient que 75,21% des femmes étaient des multipares.

### L'âge du mariage

Dans notre série, 55,6% des patientes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 20 ans. Echafi Y *et al* [11] et Muteganya D *et al* [7] ont observé respectivement des fréquences de 43,47% et 65,7 % des cas. Cependant, Acharki A *et al* [12], rapportaient une fréquence plus élevée de 80%.

### Délai à la consultation

Dans notre étude, le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la première consultation était de 5 mois avec des extrêmes de 1 à 11 mois. Selon Acharki A *et al* [12] et Fritih R *et al* [6], ce délai moyen est égal à 4 mois. Par contre Echafi Y [11] dans sa série, trouvait un délai plus élevé de l'ordre de 8 mois.

### Motifs de consultation

Nous avons constaté une nette prédominance des métrorragie dans 66,7% des cas suivies des douleurs pelviennes (29,6 %), des leucorrhées (18,5%) et des signes urinaires dans 11,1 % des cas. Nos résultats concordent à ceux de la littérature [6,7,11].

### Anatomopathologie

Dans notre échantillon, le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquemment rencontré (85,2%), tandis que l'adénocarcinome ne représente que 14,8 % des cas. Ce résultat est similaire à ceux de Echafi Y *et al* [11] et Fritih R *et al* [6], qui croisaient respectivement des taux de (92,02 % et 7,96 %) et (92% et 6%) des cas. En revanche, Touboul C *et al* [13], observaient un taux de 54,6% de carcinome épidermoïde et 45,4% d'adénocarcinome.

### Stadification

Les patientes de notre série ont présenté des stades évolués (IB2, II, III et VIA) dans 70,3% des cas. Cela concorde aux résultats de Lavoué V *et al* [14] et Echafi V *et al* [11], qui constataient respectivement des taux de 75% et 78,95% des cas. Cependant d'autres auteurs, ont enregistré des taux supérieurs [7,13]. Ceci est probablement dû à une consultation tardive.

### Traitement

#### Chirurgie conservatrice

Selon Goffin F *et al* [15], lorsque la tumeur est classée IA et en l'absence d'embolies vasculaires, le traitement conservateur semble sécuritaire sur le plan oncologique. Dans notre série 7,4 % des cas ont été traités par trachélectomie pour des patientes jeunes

Classées stade IA1, dont le résultat était l'absence de reliquat tumoral et de récurrence. Nos résultats rejoignent les données de la littérature [16, 17].

#### Chirurgie radicale

##### Stades précoces (IA1, IA2, IB1)

La chirurgie radicale avec curage a été indiquée chez 22,2% de nos patientes avec l'absence de reliquat tumoral mais avec une atteinte ganglionnaire dans 12,5 % des cas. Pomel C *et al* [18] et Muteganya D *et al* [7], ont noté aussi l'absence de reliquat tumoral et une atteinte ganglionnaire dans respectivement 5% et 6% des cas.

##### Stades évolués (IB2 au IVA)

Selon notre étude, 70,4 % des cas ont bénéficié initialement d'une radio-chimiothérapie concomitante puis d'une chirurgie radicale avec curage ganglionnaire ; l'évolution a été marquée par la persistance d'un reliquat tumoral dans 15,8% des cas et par une atteinte ganglionnaire dans 10,5% des cas. Ilenko A *et al* [19] et Kirova YM *et al* [20] trouvaient respectivement (12,85% et 15%) de reliquat tumoral et (20% et 5%) d'atteinte ganglionnaire. Cependant Laudea C *et al* [21] constataient la persistance de reliquat tumoral dans 29% des cas et d'atteinte ganglionnaire dans 49% des cas.

#### Complications chirurgicales

Dans notre série, nous avons enregistré une fréquence de 26,31% de complications hémorragiques, 10,52 % de fistules vésico-vaginales, 21,05% de complications infectieuses et des lymphocèles dans 5,26 % des cas. Nos résultats concordent avec les données de la littérature [19,13].

#### Evolution et suivi

Selon nos résultats, le taux de mortalité postopératoire était de 5,3 % et de 15,8% chez les patientes qui ont eu des récurrences locorégionales et une dissémination métastatique (10,5% des cas). Ilenko A *et al* [19] et Touboul C *et al* [13], ont rapporté respectivement des fréquences de (8,2%, 9%,5%) et de (6,1%,15,6%, 7,14%). Par contre Lavoué V *et al*. [14], ont constaté des taux plus élevés, successivement de 32%, 15,3% et de 15,6%.

## Conclusion

Le cancer du col reste un fardeau mondial en termes de fréquence, de morbidité, et de mortalité. C'est un problème de santé publique dans notre pays car on se retrouve devant les stades évolués qui peuvent bénéficier que d'un traitement palliatif avec un pronostic sombre.

La lutte contre le cancer du col doit être efficacement intégrée dans le cadre du plan cancer et du plan stratégique de lutte contre les maladies

non transmissibles. Pour atteindre les objectifs du plan national cancer, les mesures de ce plan doivent être converties en actions pratiques et adaptées au terrain dans les principaux axes sont la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement. La détection précoce du cancer et le dépistage des femmes doit être une priorité pour diminuer la fréquence élevée des cas de cancer qui arrivent à un stade tardif, et ainsi donc élever les taux de survie.

## Références bibliographiques

- [1] Lansac J, Le Compte P, Marret H. Chapitre Cancer du col de l'utérus. Gynécologie pour le praticien publié par Elsevier Masson, © 2018, Elsevier Masson.
- [2] Ammour F, Fouatih ZA, Mokhtari L. Le Registre du cancer d'Oran, seize années d'enregistrement. CHU d'Oran, Algérie 2014.
- [3] Gros C, Matos S. De nouvelles recommandations dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Presse Med 2017 ; 11 :8.
- [4] Crochet P, Estrade JP, Colavolpe C, et al. P. Diagnostic et bilan pré thérapeutique du cancer du col de l'utérus évolué ou avancé 2013, EMC605-A-45.
- [5] Hennequin C. Référentiels de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris- Cancers du col utérin - Juin 2016.
- [6] Fritih R, Yousfi A, Maloum N, et al. Cancer du col de l'utérus en Algérie. Ann Path 2010 ;7(40) : p3.
- [7] Muteganya D, Bigayi T, Bigirimana V, et al. Le cancer du col utérin au CHU de kamenge à propos de 35 cas Médecine d'Afrique Noire : 2010, 46 (3) :153-6.
- [8] Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : état des connaissances-actualisation 2008. Institut de veille sanitaire ; 2008.
- [9] Munoz N, Jaquard AC. Quelles données épidémiologiques sont nécessaires pour la mise en place de la vaccination contre le papillomavirus humain ? Presse Med 2012 ; 37 :1377-90.
- [10] Soudre BR, Lamien A, Kone B, et al. M. Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au Burkina-Faso. Médecine d'Afrique Noire : 2009, 39 (12).
- [11] Echafi Y. Cancer du col utérin Etude anatomopathologique Maroc, Thèse N° 139. 12/06/2019.
- [12] Acharki A, Sahraoui S, Benider A, et al. Cancer du col utérin chez la femme jeune. Étude rétrospective de 337 cas. Bulletin du cancer 1997 ;84 ; 4 : 373-8.
- [13] Touboul C, Uzan C, Mauguen A, et al. Morbidité de la chirurgie de clôture après radio-chimiothérapie chez des patientes atteintes d'un cancer du col de stade avancé. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010 Dec ;39(8) :624-31.
- [14] Lavoué V, Voguet L, Bertel C, et al. Place de la chirurgie avant et après radio chimiothérapie des cancers du col localement évolués : à propos de 102 cas. J Gynecol Obst Biol Reprod 2011 ; 40 :11-21.
- [15] Goffin F, Plante M, Roy M. Traitement conservateur du cancer du col utérin. EMC : Techniques chirurgicales-Gynécologie. 451-A-26 Elsevier Masson 2006.
- [16] Narducci F, Phalippou J, Taieb S, et al. Traitement conservateur du cancer du col utérin : technique et indication de la trachelectomie élargie. 2010 ; 20 :89-93.
- [17] Mathevet P. L'opération de Dargent ou trachelectomie élargie : préservation de la fertilité en cas de cancer du col utérin débutant. Chir 2009 ; 8(2) :87-92.
- [18] Pomel C, Dauplat J, Atallah D, et al. Hystérectomie radicale laparoscopique pour cancers infiltrants du col utérin : étude pilote de 8ans La lettre de gynécologue 2003 ;282 :29-35.
- [19] Ilenko A. Chirurgie après radio chimiothérapie concomitante dans les cancers du col utérin localement avancés : thèse N°2016-128, France 2016.
- [20] Kirova YM, Bourhaleb Z, Alran S, Campitelli M, et al. Chimio radiothérapie concomitante préopératoire dans les carcinomes du col utérin de stades IB2 à IIB : Expérience de l'institut Curie Cancer Radiother 2009 ; 13 :291-7.
- [21] Laudea C, Montella A, Montbarbona X, et al. Chimio radiothérapie, curiethérapie et chirurgie des cancers du col utérin localement évolués : facteurs pronostiques de contrôle local et de survie globale. Cancer Radiother 2009 ;13 :644-97.