

**BURKINA FASO**  
**Unité –Progrès- Justice**

-----  
**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR**  
-----

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**



-----  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN  
SCIENCES DE LA SANTE (UFR/SDS)**  
-----

**Section médecine**

**Année universitaire 2011- 2012**

**Thèse n° 114**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES RELATIVES AUX LESIONS  
PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS :  
LE CAS DES ELEVES SAGE-FEMMES, MAIEUTICIENS ET INFIRMIER(E)S  
D'ETAT DES ECOLES DE FORMATION DE BASE DE OUAGADOUGOU**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 04 juillet 2012

Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

Par

**Wendwaoga Gisèle OUEDRAOGO épouse BATIONO**

Née le 23 janvier 1982 à Ouagadougou (Burkina Faso)

**Directeur de thèse :**

Pr. Jean LANKOANDE

**Co-directeur de thèse :**

Dr. Ali OUEDRAOGO

**Président du Jury**

Pr. Blandine BONANE/THIEBA

**Membres du jury :**

Dr. Charlemagne OUEDRAOGO

Dr. Ali OUEDRAOGO

Dr. Sibraogo KIEMTORE



**DEDICACES**

Je dédie ce travail :

### **A Dieu le Père Tout Puissant**

Tu fais toute chose belle en son temps. Que ton Saint Nom soit toujours béni !

Je te rends grâce pour les merveilles que tu opères dans ma vie.

Je te rends grâce pour ta présence dans ma vie durant ces longues années d'étude. Je te rends grâce pour tout.

Accordes moi la grâce de te reconnaître à travers les malades.

Que toute la gloire te revienne !

### **A la Sainte Vierge Marie**

Pour les prières et les intercessions je te remercie maman Marie.

### **A mon père**

Papa tu es exceptionnel !

Tu as consenti à d'énormes sacrifices pour notre éducation et notre bien-être.

Avec rigueur, amour et patience, tu as su nous inculquer les qualités humaines dont tu débordes. Profonde gratitude pour tout.

Puisse ce travail te faire honneur. Dieu te bénisse et te donne longue vie afin que tu puisses jouir des fruits de tant de sacrifices.

Je t'aime papa !

### **A ma mère**

Brave femme, dynamique et battante, maman, tes valeurs humaines ont fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Pour la vie, l'amour, l'éducation, les précieux conseils, les prières, les bénédictions et les nombreux sacrifices consentis, profonde gratitude et reconnaissance filiale. Puisse ce travail t'apporter réconfort.

Dieu te bénisse et t'accorde longévité afin que tu puisses jouir des fruits de tant d'efforts. Je t'aime maman !

### **A mon époux Richard BATIONO**

Mon amour, tu es une grâce de l'Eternel et je le reconnais bien. Tu es mon frère et mon meilleur ami. Je me souviens encore de toutes ces nuits où tu veillais avec moi pour préparer mes examens cliniques. Merci pour ta haute compréhension et tes précieuses marques d'amour.

Cet ouvrage est le tien par ton soutien inconditionnel et tes conseils avisés.

Que Dieu bénisse notre amour et couvre notre petite famille de sa main protectrice.

Je t'aime !

### **A notre fils Richie Laurel Mathys**

Tu es un véritable rayon de soleil qui illumine notre vie et ta joie est contagieuse.

Merci pour le bonheur que tu apportes à notre foyer.

Que Dieu te bénisse et que sa grâce t'accompagne tous les jours de ta vie.

Avec tout mon amour, pour que tu fasses mieux que maman. Je t'aime p'tit bout de chou.

### **A mon grand frère Camille**

Tu as vraiment le charisme d'aîné par ton esprit pacifique.

Merci pour l'affection, le soutien constant, et les prières.

Que Dieu vous bénisse toi et ton épouse Gladys.

### **A mon grand frère Valery**

Ta rigueur dans le travail est exemplaire.

Merci pour l'affection, le soutien constant et ta disponibilité chaque fois renouvelée.

Que Dieu vous bénisse toi et ta fiancée Aline.

### **A ma petite sœur Estelle**

Je me souviens encore des moments de bosse intense à l'amphi A600. Je te souhaite le meilleur dans ta vie et surtout dans la voie commune que nous avons choisie : la médecine. Merci pour tout le soutien .Que Dieu te bénisse.

### **A mon petit frère Patrick**

Pat tu me manques. Terriblement.

C'est l'occasion pour moi de te dire : merci pour tout.

Tu étais mon complice. Nous avons fait tellement de choses ensemble.

Hélas ! Les études t'ont conduit sous d'autres cieux. Tu es très intelligent et aussi humble. Continue dans cette lancée. Je suis fière de toi.

Que Dieu te bénisse et te garde. Tendres pensées. Ta grande sœur chérie.

### **A ma grand-mère, mes oncles et mes tantes**

Toute ma reconnaissance pour le soutien et les bénédictions. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **A mes cousins et cousines**

Merci pour votre soutien et votre sympathie.

### **A ma belle-mère**

Vous m'avez accueillie chez vous comme votre fille.

Votre soutien constant, vos bénédictions et vos prières ne m'ont jamais manqué.

Profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse.

### **A mon beau-père et à la grande famille BATIONO**

Toute ma gratitude pour l'intérêt que vous portez à mon endroit.

Que Dieu vous bénisse tous.

**A Mr BONCOUNGOU Blaise et son épouse Dr Kadiatou BONCOUNGOU**

Profonde gratitude pour l'intérêt que vous portez à ma modeste personne.  
Vos conseils précieux et avisés ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour le soutien à mon endroit. Que Dieu bénisse votre famille.

**Au Dr Jean-Baptiste OUEDRAOGO et à toute sa famille**

Toute ma gratitude pour le soutien et les conseils précieux.  
Que Dieu vous bénisse.



## **REMERCIEMENTS**

Nous adressons nos remerciements :

**Au Pr Jean LANKOANDE**

Profonde gratitude pour l'encadrement et la direction de cette thèse malgré vos multiples occupations.

**Au Dr Ali OUEDRAOGO**

Toute notre gratitude pour avoir suivi minutieusement ce travail malgré vos occupations multiples.

**A tous mes maîtres de l'UFR/SDS, mes enseignants du Collège Notre Dame de Kologh-Naba, du Juvénat St Camille Filles, et de l'école primaire :**

Profonde gratitude pour les enseignements reçus.

**Aux directrices des écoles de formation de base : l'ENSP et l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige.**

Sincères remerciements pour n'avoir ménagé aucun effort pour faciliter l'enquête auprès des élèves.

**A toute l'administration de l'ENSP et de l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige**

Profonde gratitude.

**A mes amies**

Mariétou épouse DOULKOM, Fatou O, Irène G, Francine N, Flora, Bellariquès H, Linda K, Alzavine H, Rackie K, Massara S, Sylvie Z. Ella S.

**A mes amis**

Yacine O, Arsène S, Maïga, Hamadou Z, Frédy N, Bérenger K.



**Au Dr Fatou OUEDRAOGO**

Profonde gratitude pour ton aide précieuse.

**Aux docteurs**

Richard OUEDRAOGO Interne Des Hôpitaux, Dieudonné OUEDRAOGO DES de gynécologie.

**A la promotion 2010 des stagiaires internés**

Merci pour la bonne collaboration et la bonne humeur.

A Mr SIMPORE délégué général des élèves de l'ENSP.

A Mr KANZONI délégué des élèves sage- femmes maïeuticiens de 3<sup>ème</sup> année de l'ENSP.

A tous les élèves de l'ENSP et de l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige ayant participé à notre étude.



**A NOS MAITRES ET JUGES**

**A notre maître et directeur de thèse le Pr. Jean LANKOANDE,**  
**Professeur titulaire en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université**  
**de Ouagadougou ;**  
**Chef de département de gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS ;**  
**Chef de service de la gynécologie-obstétrique du CHU-YO ;**  
**Coordinateur du Diplôme d'Etude Spécialisée de Gynécologie-Obstétrique ;**  
**Chevalier de l'ordre national.**

Cher maître,

Votre leadership a forcé l'admiration de tous les étudiants. Vous avez toujours été attentif à nos multiples préoccupations. Vous avez par l'immensité de vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre humilité et votre générosité fait l'unanimité des étudiants. La pédagogie avec laquelle vous dispensez vos cours nous a facilité l'apprentissage du module de gynécologie-obstétrique.

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse malgré vos multiples occupations et nous vous en sommes reconnaissante.

Recevez ici cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

Que DIEU vous bénisse !

**A notre maître et présidente du jury le Pr. Blandine THIEBA/BONANE**  
**Professeur titulaire en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université**  
**de Ouagadougou ;**  
**Médecin gynécologue-obstétricien au service de gynécologie-obstétrique au**  
**CHU-YO ;**  
**Responsable de la salle d'accouchement ;**  
**Directrice exécutive de la SOGOB ;**  
**Coordonnatrice nationale de l'Alliance du Ruban Blanc.**

Chère maître,

C'est un grand honneur et un privilège pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse. Nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques forts enrichissants en quatrième année de médecine et de votre encadrement lors de notre stage au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU/YO. Femme de science aux connaissances immenses, votre disponibilité et votre sympathie à l'égard de vos étudiants font de vous un maître très estimé. Gynécologue de grande renommée, travailleuse acharnée, vous êtes l'exemple de l'efficacité dans la discrétion. Vous alliez de grandes qualités humaines faites de simplicité, de probité, et d'amour du prochain. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous une mère. Permettez-nous en cette occasion, de vous exprimer notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse vous et votre famille !

**A notre maître et juge, le Dr Charlemagne OUEDRAOGO**

**Maître Assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;**

**Ancien Interne des hôpitaux de Ouagadougou ;**

**Médecin gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-obstétrique au CHU-YO ;**

**Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé en santé de la reproduction ;**

**Chevalier dans l'ordre de la légion d'honneur de la république française.**

Cher maître,

Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir en dépit de vos multiples sollicitations accepté de siéger pour juger ce travail. Vos qualités humaines et votre rigueur scientifique vous font apprécier de tous.

Nous avons bénéficié de votre encadrement lors de nos stages pratiques. Vos apports combien riches sont indispensables pour l'amélioration de ce travail.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect.

Permettez-nous de vous souhaiter plein succès aux épreuves d'agrégation.

Que DIEU vous bénisse et vous accompagne dans la réalisation de vos projets !

**A notre maître et co-directeur le Dr Ali OUEDRAOGO**

**Maître Assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;**

**Ancien Interne des hôpitaux de Ouagadougou ;**

**Médecin gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-obstétrique au CHU-YO.**

Cher maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et de l'admiration que nous portons à votre égard. Nous avons bénéficié de votre encadrement lors de nos stages pratiques. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre expérience et votre compétence nous ont marquée et nous serviront de modèle dans notre carrière.

Soyez rassurés cher maître de notre sincère reconnaissance.

Permettez-nous de vous souhaiter plein succès aux épreuves d'agrégation.

Que DIEU vous bénisse et vous accompagne dans la réalisation de vos projets !

**A notre maître et juge le Dr Sibraogo KIEMTORE**

**Médecin gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-obstétrique au  
CHU-YO ;**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre calme, votre accessibilité, votre disponibilité et votre ardeur à tout travail font de vous un exemple à suivre.

Permettez-nous de vous exprimer en ce jour notre profonde gratitude.

Que DIEU vous bénisse vous et votre famille !

*« Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé a arrêté que les opinions dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur accorder aucune approbation ni aucune improbation. »*



## LISTE DES ABREVIATIONS

**ACCP** : Alliance For Cervical Cancer Prevention.

**CHU-YO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

**CHR** : Centre Hospitalier Régional.

**CIN** : Cervical Intra-epithelial Neoplasia.

**CIS** : Carcinome In Situ.

**CMA** : Centre Médical avec Antenne chirurgicale.

**CO<sub>2</sub>** : Dioxyde de Carbone.

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale.

**DES** : Di-Ethyl Stilbestrol.

**ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique.

**FCV** : Frottis Cervico-Vaginal.

**FIGO** : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique.

**HPV**: Human Papilloma Virus.

**HLA** : Human Leucocyte Antigen.

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat.

**IVA** : Inspection Visuelle après application d'Acide acétique.

**IVL** : Inspection Visuelle après application de Lugol.

**JPC** : Jonction Pavimento-Cylindrique.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**SFME** : Sage-Femme et Maïeuticien d'Etat.

**SIDA** : Syndrome d'Immuno-DéficiencE AcquisE.

**UFR/SDS** : Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé.

**VIH** : Virus de l'ImmunodéficiencE Humaine.

## Liste des tableaux

Tableau I : Incidence et décès liés au cancer du col de l'utérus .....	12
Tableau II: Classification des lésions précancéreuses .....	17
Tableau III: Résultats de l'IVL .....	23
Tableau IV: Répartition des élèves en fonction du sexe et du statut à l'école. ....	42
Tableau V: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance de la définition du cancer du col de l'utérus. ....	42
Tableau VI: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus. ....	43
Tableau VII : Fréquence des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus cités par les élèves. ....	44
Tableau VIII: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus. ....	45
Tableau IX: Fréquence des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus cités par les élèves. ....	45
Tableau X : Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. ....	46
Tableau XI: Fréquence des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cités par les élèves.....	47
Tableau XII: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.....	48
Tableau XIII: Fréquence des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cités par les élèves.....	48
Tableau XIV: Répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par IVA/IVL.....	50
Tableau XV: Répartition des élèves ayant déjà pratiqué l'IVA/IVL lors du stage clinique.....	52

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Anatomie du col utérin .....	7
Figure 2: Epithélium pavimenteux stratifié .....	8
Figure 3: Epithélium cylindrique .....	9
Figure 4 : Jonction pavimento-cylindrique .....	9
Figure 5: Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus.....	17
Figure 6 : Répartition des élèves par tranche d'âge.....	40
Figure 7 : Répartition des élèves selon le statut matrimonial.....	41
Figure 8 : Répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué un dépistage par l'IVA/IVL en fonction du statut matrimonial. ....	50
Figure 9 : Répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par IVA/IVL selon les tranches d'âge.....	51

# Sommaire

1. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
2. GENERALITES .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
2.1. Anatomie de l'appareil génital féminin .....	5
2.1.1. Anatomie de l'utérus .....	5
2. 2. Épidémiologie du cancer du col.....	11
2.3. Facteurs de risque du cancer du col utérin .....	12
2.4. Histoire naturelle des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus .....	15
2.5. Classification des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus .....	17
2.5.1. Classification des lésions précancéreuses .....	17
2.5.2. Classification du cancer du col de l'utérus .....	18
2.6. Moyens de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus .....	19
2.6.1. Méthode de l'inspection visuelle après application d'acide acétique et de lugol .....	19
2.6.2. Colposcopie .....	24
2.6.3. Frottis cervico-vaginal .....	24
2.7. Diagnostic positif des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus .....	26
2.7.1. Prélèvements.....	26
2.7.2. Résultats anatomopathologiques.....	27
2.8. Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus .....	28
2.8.1. Traitement curatif des lésions précancéreuses du col de l'utérus.....	28
2.8.2. Traitement curatif des cancers micro-invasifs et invasifs du col de l'utérus .....	30
2.8.3. Traitement préventif des lésions précancéreuses et cancéreuses du cancer du col de l'utérus .....	31
3. OBJECTIFS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3. 1. Objectif général .....	34
3. 2. Objectifs spécifiques.....	34
4. MATERIELS ET METHODES.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
4.1. Cadre de l'étude .....	36
4. 2. Méthode de l'étude.....	36
4. 2 .1. Type et période de l'étude .....	36
4.2. 2. Population de l'étude .....	36
4. 2. 3. Collecte de données .....	36
4. 2. 4. Considérations éthiques .....	37
4. 2. 5. Traitement des données.....	37

4. 2. 6. Définitions opérationnelles .....	38
5. RESULTATS.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
5. 1. Taux de participation.....	40
5. 2. Données socio-démographiques.....	40
5.2.1. Age.....	40
5.2.2. Sexe .....	40
5.2.3. Statut matrimonial .....	41
5.2.4. Niveau d'étude .....	41
5.2.5. Ecole de formation .....	41
5.2.6. Statut à l'école.....	41
5.2.7. Sexe et statut.....	42
5. 3. Evaluation des connaissances sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. ....	42
5.3.1. Définition du cancer du col .....	42
5.3.2. Facteurs de risque du cancer du col.....	43
5.3.3. Signes d'appel clinique du cancer du col.....	44
5. 3.4. Moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. ....	46
5.3.5. Curabilité des lésions précancéreuses du col de l'utérus.....	47
5.3.6. Moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.....	47
5.3.7. Agent pathogène et voie de transmission .....	49
5.3.8. Prévention des lésions précancéreuses .....	49
5.3.9. Intérêt du dépistage des lésions précancéreuses .....	49
5. 4. Evaluation des attitudes des élèves SFME et IDE.....	49
5. 5. Evaluation de la pratique.....	52
5.5.1. Pratique de l'IVA/IVL lors du stage clinique .....	52
5.5.2. Autres méthodes pratiquées.....	52
6.DISCUSION .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
6. 1. Limites et contraintes .....	54
6. 2. Taux de participation.....	54
6. 3. Données socio-démographiques.....	54
6. 4. Connaissances sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.....	56
6.5. Attitudes.....	60
6. 6. Pratique .....	60
7. CONCLUSION .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

8- SUGGESTIONS.....	Erreur ! Signet non défini.
9-REFERENCES .....	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.
ICONOGRAPHIE .....	Erreur ! Signet non défini.
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	Erreur ! Signet non défini.
RESUME .....	Erreur ! Signet non défini.

# **1. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME**



Le cancer du col de l'utérus représente le deuxième cancer de la femme après celui du sein dans le monde. Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus est de 500 000 nouveaux cas par an. L'affection tue près de 250 000 femmes chaque année dans le monde dont 80% environ sont originaires de pays en développement [36,44].

La morbi-mortalité de l'affection dans les pays industrialisés est relativement faible du fait de l'étendue du plateau technique et du dépistage [13, 25, 32]. En Afrique et dans les régions du monde à bas niveau socio-économique, il reste malheureusement la principale cause de mortalité par cancer chez la femme [45].

Au Burkina Faso, selon une étude hospitalière le cancer du col de l'utérus occupe le deuxième rang des cancers gynécologiques avec une incidence de 31,7% après celui du sein [35]. L'OMS estime que chaque année, environ 921 femmes sont dépistées porteuses de cancer du col de l'utérus et que 724 de ces femmes perdent la vie des suites de cette affection [29].

Aujourd'hui, bien que le cancer du col de l'utérus soit un sujet d'actualité, il représente l'une des principales causes des décès évitables par le dépistage. Il s'agit d'un problème de santé publique [55].

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus et l'accès "facile" du col rendent le dépistage de cette affection facile. En effet, il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer. Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications : dysplasies, néoplasies intra épithéliales (CIN), lésions précancéreuses de bas et haut grades. La survenue d'un cancer du col de l'utérus pourrait donc être assimilée à une longue période de négligence de la part des femmes et des agents de santé [3]. Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses soient faciles à diagnostiquer et le traitement simple et reproductible [3, 50].

Le frottis cervico-vaginal est le moyen de dépistage le plus utilisé, mais la pauvreté, le bas niveau d'instruction surtout de la population féminine,

l'insuffisance de personnels de santé qualifiés constituent un handicap sérieux au bon déroulement de ce processus de dépistage dans les milieux à ressources limitées. Cette situation a longtemps été à la base de l'accroissement des taux de morbidité et de mortalité liés au cancer du col utérin dans les pays en développement [25, 32].

Heureusement, dès le début des années 80, des études rapportaient que la simple observation du col de l'utérus au spéculum et surtout l'application de l'acide acétique et de lugol sur le col permettaient de dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses opérables avec une sensibilité comparable sinon meilleure à celle du frottis cervico-vaginal [18, 27, 53].

Au Burkina Faso, le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) est généralement le premier niveau de contact entre le malade et le personnel de santé. Le renforcement de la lutte contre le cancer du col de l'utérus passe par une formation adaptée des futurs sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat.

Aussi avons-nous jugé opportun d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des élèves en fin d'étude des écoles de formation de base de Ouagadougou sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus afin d'identifier les insuffisances et de faire des suggestions.

## **2. GENERALITES**

## **2.1. Anatomie de l'appareil génital féminin**

L'appareil génital féminin est l'appareil de reproduction chez la femme ; il comprend :

- les organes génitaux externes constitués par les grandes lèvres, les petites lèvres, la vulve, l'orifice vaginal et les glandes de Bartholin ;
- les organes génitaux internes constitués par le vagin, les ovaires, les trompes de Fallope et l'utérus [7].

### **2.1.1. Anatomie de l'utérus**

L'utérus est un organe musculaire lisse, creux, impair, médian et antéversé, situé dans le petit bassin entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Sa forme ressemble à un cône tronqué à sommet inférieur avec environ 6,5 cm de long, 4 cm de large et 2 cm d'épaisseur. Il se divise en 3 segments : le corps utérin, l'isthme utérin et le col utérin qui s'ouvre en bas dans le vagin [7].

#### **2.1.1.1. Anatomie descriptive du col de l'utérus**

Le col utérin est la portion fibromusculaire basse de l'utérus. Il est de forme cylindrique ou conique et mesure environ 3 à 4 cm de long pour 2,5 cm de diamètre. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge de la femme, de sa parité et de son statut hormonal. Le col d'une femme multipare est plus volumineux et l'orifice cervical externe apparaît sous la forme d'une fente transversale béante alors que chez la femme nullipare, cet orifice se présente sous l'aspect d'une petite ouverture circulaire au centre du col.

Le col est soutenu par les ligaments larges et utéro sacrés qui s'étirent entre ses parties latérales et postérieures et les parois de l'os pelvien.

La moitié inférieure du col désignée sous le nom de « portio vaginalis », s'avance dans le vagin par sa paroi antérieure et s'ouvre sur le vagin par l'orifice cervical externe.

La moitié supérieure reste au-dessus du vagin et rencontre le corps musculaire de l'utérus au niveau de l'orifice cervical interne.

La portion externe du col située en dehors de l'orifice cervical externe, est appelée exocol ; c'est la partie visible du col lors d'un examen au spéculum.

La portion interne du col située à l'intérieur de l'orifice cervical externe est l'endocol ; pour la visualiser, il est nécessaire d'étirer ou de dilater l'orifice cervical externe.

Le canal endocervical traverse l'endocol et met en relation la cavité utérine et le vagin. Sa longueur et son diamètre varient en fonction de l'âge de la femme ; il atteint sa largeur maximale chez les femmes en âge de procréer [52].

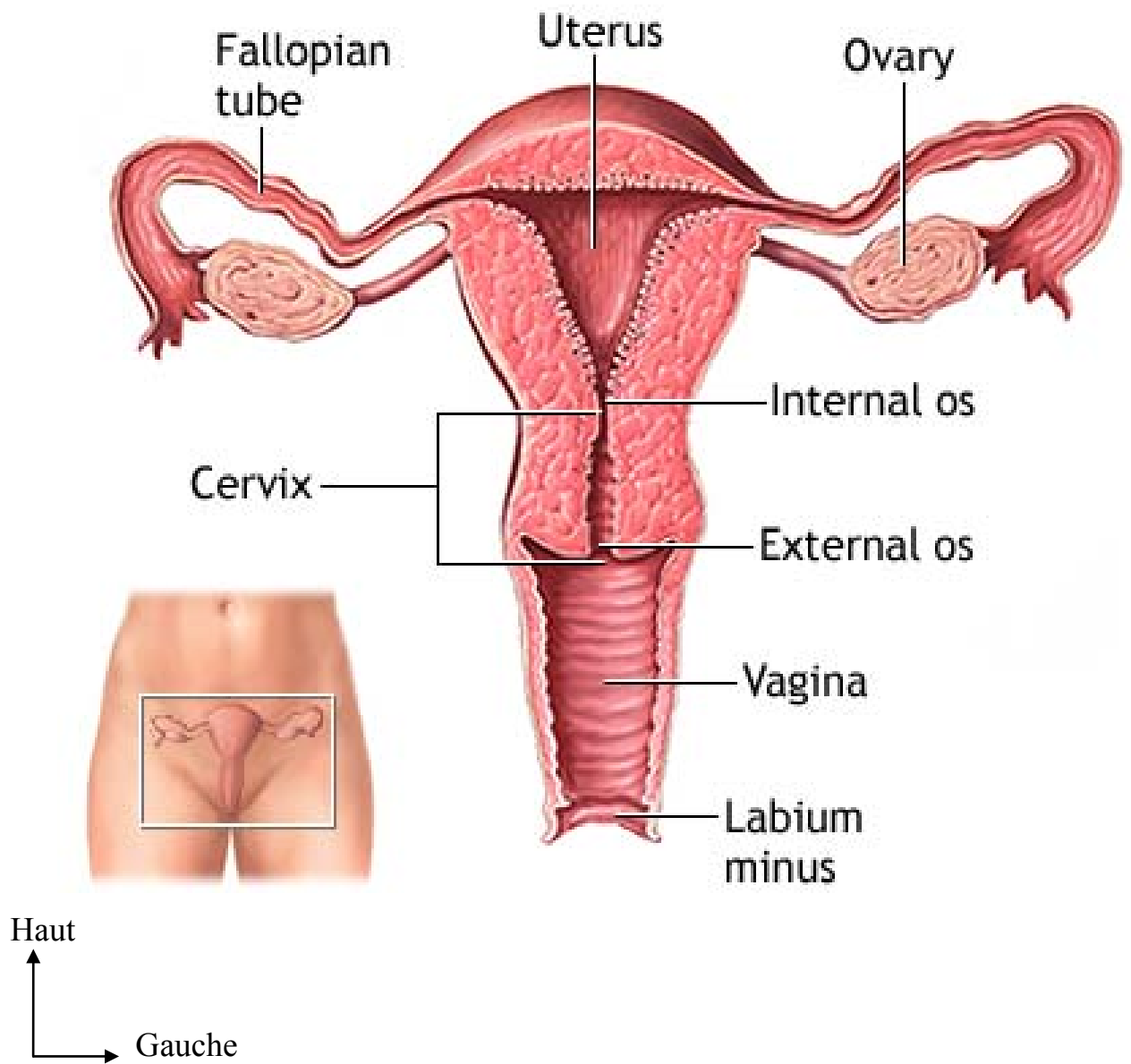


Figure 1: Anatomie du col utérin [7]

### 2.1.1.2. Anatomie microscopique du col utérin

Le col est tapissé par deux types d'épithélium : l'épithélium pavimenteux ou malpighien et l'épithélium cylindrique ou glandulaire.

#### ❖ Épithélium pavimenteux ou malpighien

L'épithélium pavimenteux est non kératinisant et tapisse l'exocol. Il renferme plusieurs couches de cellules de plus en plus aplaties vers la surface :

- une couche basale inférieure constituée de cellules arrondies à gros noyau longeant la membrane basale.
- une couche intermédiaire constituée de cellules aplaties à petit noyau.
- une couche superficielle constituée de cellules nettement aplaties à cytoplasme transparent.

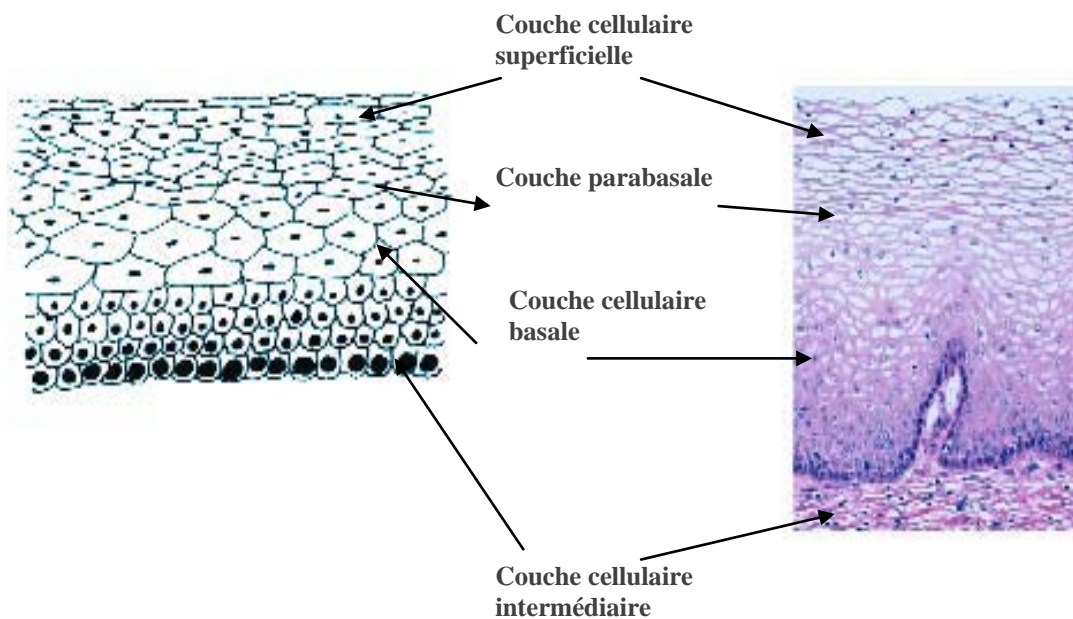


Figure 2: Epithélium pavimenteux stratifié [52]

#### ❖ Épithélium cylindrique ou glandulaire

L'épithélium cylindrique tapisse l'endocol et s'étend sur une partie de l'exocol. Il est de couleur rouge, il s'invagine et s'enfonce dans le stroma. Il est constitué

d'une seule couche de cellules hautes subdivisées en cellules ciliées et cellules sécrétrices de mucus. Le stroma est composé de tissus fibromusculaires.



Figure 3: Epithélium cylindrique [52]

La jonction pavimento-cylindrique est la zone de rencontre entre épithélium pavimenteux et cylindrique. Sa localisation varie en fonction de l'âge de la femme, de son statut hormonal, de traumatismes liés à l'accouchement et l'utilisation des contraceptifs.

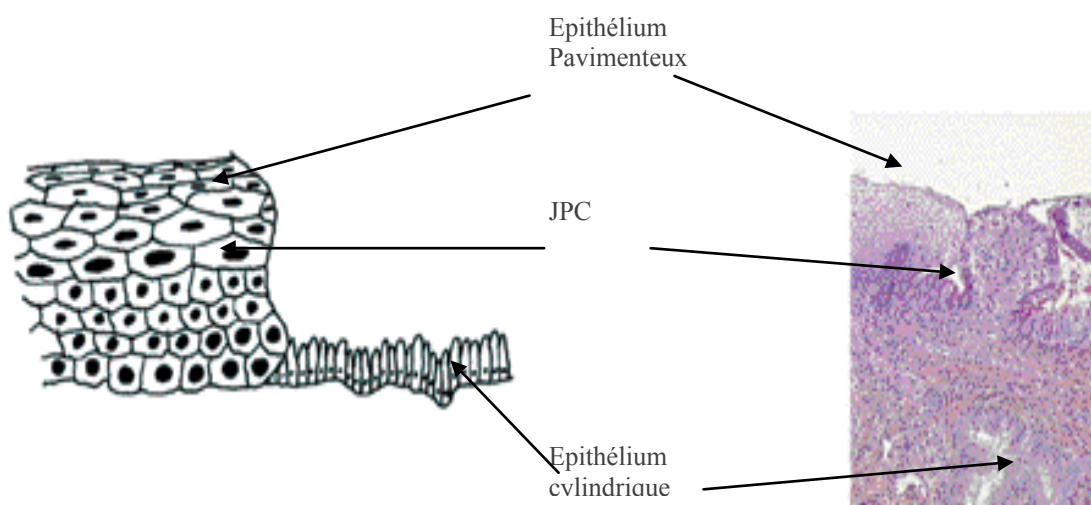


Figure 4 : Jonction pavimento-cylindrique [52]



#### ❖ Zone de remaniement

La zone de remaniement correspond à la région du col où l'épithélium cylindrique est remplacé par l'épithélium métaplasique pavimenteux.

Il est possible d'identifier à l'œil nu le bord interne de la zone de remaniement en suivant la jonction pavimento-cylindrique et son bord externe en repérant les kystes de Naboth ou les orifices glandulaires les plus éloignés.

Avant la ménopause, elle est principalement située sur l'exocol. Après la ménopause il arrive qu'elle soit partiellement ou totalement déplacée dans le canal endocervical. Presque toutes les néoplasies débutent dans cette zone à proximité de la jonction pavimento-cylindrique.

#### **2.1.1. 3. Vascularisation et innervation du col de l'utérus [26, 52]**

Les artères proviennent de l'artère utérine et de l'artère cervico-vaginale pour la partie basse.

Les veines se jettent dans le plexus juxta-cervical et se drainent vers la veine obturatrice interne et vers la veine iliaque interne.

Les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus sont situés dans les paramètres et se drainent essentiellement dans les ganglions iliaques externes, en particulier dans le ganglion de Leveuf et Godard (ganglion sous veineux car situé sous la veine iliaque). Ils peuvent également aboutir aux ganglions de la bifurcation iliaque et dans les ganglions du promontoire qui font partie des ganglions iliaques primitifs.

Le col est innervé par le pédicule cervico-isthmique constitué de 4 à 5 nerfs se détachant de la partie antéro-supérieure du plexus hypogastrique inférieur. L'exocol, de par sa pauvreté en neurofibres est une zone peu douloureuse, lieu de saisie du col.

#### **2.1.1. 4. Anatomie pathologique du cancer du col utérin**

La métaplasie pavimenteuse débute dans les régions exposées de l'épithélium cylindrique par l'apparition de petites cellules rondes sub-cylindriques, appelées cellules de réserve. C'est à partir de leur prolifération et de leur différenciation, que se forme un épithélium multicellulaire mince, peu stratifié appelé épithélium pavimenteux métaplasique immature. Ces cellules ne produisent pas de glycogène donc ne prennent pas la coloration brune ou noire lorsqu'elles sont exposées au lugol. Plusieurs îlots de métaplasie pavimenteuse immature peuvent apparaître en même temps.

Le développement de l'épithélium métaplasique immature nouvellement formé, peut se poursuivre selon une ou deux voies différentes.

Dans la majorité des cas, il continue de se différencier pour constituer un épithélium métaplasique mature, bien stratifié, riche en glycogène semblable en tout point à l'épithélium pavimenteux présent sur l'exocol. Dans cet épithélium cylindrique mature, il est possible d'observer des kystes de Naboth.

Chez une minorité de femmes, la métaplasie pavimenteuse immature se poursuit par le développement d'un épithélium dysplasique [52].

## **2. 2. Épidémiologie du cancer du col**

Le cancer du col utérin est le deuxième cancer de la femme dans le monde après le cancer du sein. On distingue des régions à haute incidence (l'Amérique Latine, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud-est) et de régions à faible incidence (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Chine).

Le tableau I indique l'incidence et le nombre de décès suite au cancer du col de l'utérus dans certains continents au cours de l'année 2008.

Tableau I : Incidence et décès liés au cancer du col de l'utérus [22]

<b>Pays</b>	<b>Incidence</b>	<b>Décès</b>
<b>Asie du Sud- Est</b>	188000	102000
<b>Chine</b>	75000	33000
<b>Inde</b>	134000	72000
<b>Europe</b>	61000	28000
<b>USA</b>	11000	3000
<b>Afrique</b>	75000	50000

Dans les pays de moindre incidence, la mortalité a diminué ces 40 dernières années du fait du dépistage précoce des lésions précancéreuses.

Dans les pays en développement, le cancer du col utérin représente 80% des cancers. Le Centre International de Lutte contre le Cancer estimait en 2008 environ 1601 nouveaux cas avec 1095 décès en Côte d'Ivoire et 1230 nouveaux cas avec 838 décès au Burkina Faso [22].

### **2.3. Facteurs de risque du cancer du col utérin**

Les lésions précancéreuses du col de l'utérus sont multifactorielles. Elles sont liées aux facteurs suivants :

#### **2.3.1. Infection à Human Papilloma virus**

C'est le principal facteur de risque des lésions précancéreuses du col utérin. Le virus est transmis par contact sexuel, souvent lors des premiers rapports sexuels. Il existe plus de 50 génotypes d'HPV pouvant infecter la sphère ano-génitale sur plus de 120 existants. Seuls 18 génotypes sont considérés à fort potentiel oncogène pour le col utérin dont 12 de façon bien établie. Parmi ceux-ci, les 8 génotypes 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58, sont impliqués dans 95% des cancers du col de l'utérus [39, 40].

Les génotypes 16 et 18 sont responsables dans les pays occidentaux de plus de 70% des cancers du col utérin [14, 39].

### **2.3. 2. Précocité des rapports sexuels**

Ce facteur s'expliquerait par une immaturité du col utérin et particulièrement de sa jonction cylindro-squameuse dans la période de l'adolescence. Les facteurs cancérogènes seraient plus susceptibles de transformer ces cellules jonctionnelles encore indifférenciées [8, 44].

### **2.3. 3. Multiplicité des partenaires sexuels**

La multiplicité des partenaires de la femme ou de son conjoint augmente le risque de cancer du col de l'utérus [44].

### **2.3. 4. Parité [9, 15]**

Il est possible que les grossesses multiples aient un effet traumatique ou immunosuppresseur cumulatif sur le col de l'utérus, facilitant ainsi la contraction d'une infection par le HPV. Un autre mécanisme non absolument exclusif est l'effet hormonal produit par la grossesse sur le col, qui pourrait avoir des incidences sur les éléments génomiques HPV qui sont réceptifs à la progestérone.

### **2.3. 5. Déficits immunitaires**

Qu'il s'agisse d'une immunodépression dans le cadre d'une infection à VIH, d'une corticothérapie à long cours, d'une transplantation d'organe ou d'un déficit immunitaire acquis, des capacités de réponse immunitaire perturbées vont favoriser la persistance de l'infection à HPV et l'évolution vers une lésion de haut grade [6, 38, 39, 46].

### **2.3. 6. Age**

L'incidence du cancer du col est plus élevée entre 25 et 50 ans. A partir de 50 ans elle augmente à un rythme plus lent jusqu'à l'âge de 70 ans [44].

### **2.3.7. Bas niveau socio-économique**

Il est suggéré qu'un niveau socio-économique faible serait un facteur de risque pour de nombreuses pathologies. Le faible niveau de revenus, l'accès restreint aux professionnels de santé, la connaissance limitée des facteurs de risques et des méthodes préventives tendent à rendre cette population plus vulnérable aux maladies, y compris le cancer du col utérin [49].

### **2.3. 8. Absence de dépistage**

L'absence de dépistage des lésions précancéreuses dans les cinq dernières années, constitue dans notre contexte un facteur de risque. En effet, la difficulté de se faire dépister favorise l'évolution des lésions précancéreuses vers le cancer [54].

### **2.3. 9. Tabagisme**

Le tabagisme semble augmenter le risque du cancer du col utérin, notamment chez les fumeuses de longue date. Des composants du tabac ont été retrouvés dans les muqueuses cervicales, mais les mécanismes biologiques qui sous-tendent le rapport entre le tabagisme et le cancer n'ont pas encore été élucidés [31, 39, 40].

### **2.3.10. Autres facteurs [20]**

- Certaines prédispositions génétiques : les femmes porteuses d'antigènes HLA-A1, HLA-A2.
- L'exposition In Utero au diéthylstilbestrol (DES) : pris pendant la grossesse, il est incriminé dans l'apparition d'adénocarcinome à cellules claires du col de l'utérus chez les filles issues de ces grossesses.
- L'utilisation à long cours des contraceptifs oraux soit une période supérieure à 5 ans.

- L'infection à Herpès virus 2 est également incriminée dans la genèse du cancer du col de l'utérus.
- La carence en vitamine A.
- L'exposition à certaines radiations ultra-violettes.

#### **2.4. Histoire naturelle des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [26, 44]**

Les infections à HPV sont souvent inapparentes et transitoires. Elles évoluent le plus souvent dans le sens d'une clairance virale aboutissant à la guérison spontanée de l'infection. En moyenne 70% des infections disparaissent en 12 mois et 90% en 24 mois. Ainsi on estime que la clairance virale est réalisée en 8 à 16 mois. La clairance des HPV à bas risque est de l'ordre de 3 à 6 mois alors que celle des HPV à haut risque est de 12 à 16 mois. La mise en place d'une réponse immunitaire efficace joue vraisemblablement un rôle important dans la clairance virale et limiterait par ailleurs les ré-infestations ultérieures par les mêmes génotypes. Cependant, on estime que 10 à 20% des infections à HPV persistent et deviennent chroniques. Dans ce cas, la réplication du génome viral est synchronisée avec le processus de maturation des cellules sans que l'on puisse détecter d'effet cytopathogène viral. L'épithélium apparaît normal, tant cytologiquement qu'histologiquement. Même s'il n'existe aucune définition consensuelle de la persistance, en pratique elle est définie par deux prélèvements positifs entre 12 mois et 18 mois d'intervalle. Si ce type d'infection est asymptomatique, elle peut être réactivée sous l'influence de certains facteurs endogènes (immunosuppression par exemple) ou exogènes et conduire à la reprise de la réplication et ainsi à la formation de lésions du col utérin.

Cela dit, dans la majorité des cas et en particulier chez la femme de moins de 30 ans, les infections à HPV sont transitoires et s'accompagnent de la disparition des anomalies cytologiques et histologiques qu'elles avaient pu induire. Suite à une infection à HPV on peut rencontrer différents types de lésions. Dans le cadre

d'une infection productive (qui a lieu dans les cellules permissives, cycle d'infection lytique), les cellules épithéliales du tractus anogénital acquièrent une morphologie papillaire. Les altérations cytologiques et histologiques observées reflètent les effets cytopathogènes du virus, impliquant irrégularités nucléaires, augmentation de l'activité mitogène et "koilocytose" (présence de grandes cellules vacuolaires productrices de particules virales). Cette phase productive est associée à une néoplasie (ou dysplasie) intraépithéliale cervicale (CIN, pour « Cervical Intraepithelial Neoplasia ») de bas grade (grade 1).

Lors d'une infection avec un HPV à haut risque, des lésions précancéreuses peuvent se développer, caractérisées par une augmentation des anomalies nucléaires, du nombre de mitoses et par une désorganisation de l'architecture cellulaire. Ces lésions sont considérées comme les précurseurs de l'état de cancer invasif. L'évolution progressive vers le cancer du col est donc codifiée, sur le plan histologique, par des stades néoplasiques de gravité croissante. Les lésions épithéliales précancéreuses malpighiennes ou néoplasies intraépithéliales cervicales sont définies par l'analyse histologique des biopsies. Elles sont classées en 3 grades (CIN1, CIN2 et CIN3) selon la hauteur des anomalies morphologiques de l'épithélium. Les CIN1 et 2 sont des lésions considérées comme des stades facultatifs de la carcinogénèse, à la différence des CIN3 qui sont considérées comme des lésions précancéreuses directes nécessaires au développement d'un cancer invasif. Néanmoins, les trois stades demandent une surveillance et des examens répétés. Pour chaque lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression (de 32 à 57% en fonction de la gravité de la lésion) vers un épithélium normal, accompagnant la clairance virale, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé, y compris pour les CIN3 (ne pouvant être dissociées d'un carcinome *in situ*).

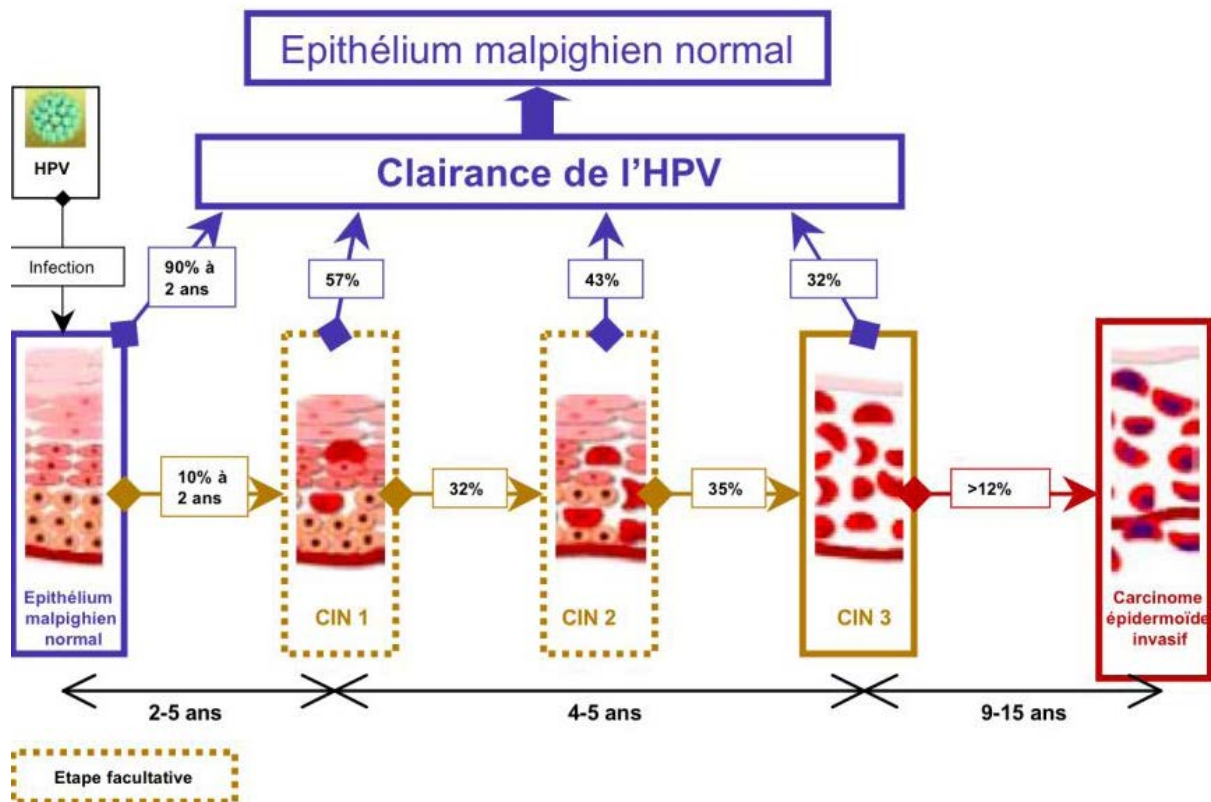


Figure 5: Histoire naturelle du cancer épidermoïde du col de l'utérus [21]

## 2.5. Classification des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [42, 43, 52]

### 2.5.1. Classification des lésions précancéreuses

Le tableau II permet de regrouper les différentes classifications [19].

Tableau II: Classification des lésions précancéreuses

Classification OMS	Classification de Richard	Classification de Bethesda
Dysplasie légère	Lésion virale CIN1 avec koilocytose	Lésion épidermoïde intra épithéliale de bas grade
Dysplasie modérée	CIN II	Lésion épidermoïde intra épithéliale de haut grade
Dysplasie sévère	CIN III	
Carcinome in situ	Carcinome in situ	Carcinome invasif
Carcinome invasif	Carcinome invasif	



### 2.5.2. Classification du cancer du col de l'utérus [42]

La Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) classe les cancers invasifs du col utérin en fonction de leur extension anatomique.

**Stade 0** : Carcinome in situ, néoplasie cervicale intra épithéliale de Grade III.

**Stade I** : Carcinome limité au col de l'utérus. L'extension au corps utérin n'est pas prise en compte.

- **IA** : Carcinome micro-invasif, strictement limité au col de l'utérus. Diagnostic microscopique uniquement ; cliniquement invisible (infra clinique).
  - **Stade IA1** : invasion stromale ne dépassant pas 3 mm de profondeur et 7 mm en largeur.
  - **Stade IA2** : invasion stromale comprise entre 3 et 5 mm de profondeur et ne dépassant pas 7 mm en largeur.
- **IB** : Carcinome strictement limité au col de l'utérus et cliniquement visible ; ou lésion microscopique plus importante que dans le stade IA2.
  - **IB1** : Lésion clinique de moins de 4 cm.
  - **IB2** : Lésion clinique de plus de 4 cm.

**Stade II** : Carcinome s'étendant au-delà du col de l'utérus, mais sans atteindre la paroi pelvienne, ni le tiers inférieur du vagin.

- **IIA** : Extension au-delà du col, notamment aux deux tiers supérieurs du vagin, mais sans atteindre les tissus entourant l'utérus (paramètres).
- **IIB** : Extension au-delà du col, avec invasion des paramètres, mais la paroi pelvienne et le tiers inférieur du vagin ne sont pas touchés.

**Stade III** : La tumeur s'étend au tiers inférieur du vagin ou à la paroi pelvienne, ou provoque une hydronéphrose ou un rein muet (non fonctionnement du rein).

- **IIIA** : Invasion du tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne.
- **IIIB** : Extension à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet.

**Stade IV** : Dissémination du cancer.

- **IVA** : Extension à la muqueuse de la vessie et du rectum.
- **IVB** : Extension aux organes distants : ganglions lymphatiques extra-pelviens, reins, os, poumons, foie et cerveau.

## **2.6. Moyens de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [8, 24, 26, 37]**

### **2.6.1. Méthode de l'inspection visuelle après application d'acide acétique et de lugol**

Cette méthode est la plus utilisée dans les pays en développement du fait de sa réalisation facile dans presque tous les contextes.

#### **2.6.1.1. Matériel de réalisation**

Pour la réalisation de l'inspection visuelle, on utilise habituellement :

- une table d'examen,
- un spéculum à deux valves, stérile,
- des gants
- une solution de lugol,
- des écouvillons de coton, des embouts,
- des pinces languettes et des pinces à biopsie,
- une solution d'acide acétique de 4 à 5% fraîchement préparé ou du vinaigre,
- un récipient contenant une solution de chlore à 0,5% dans laquelle les gants seront immergés,
- une source de lumière permettant de mieux visualiser le col.
- une fiche pour le report de l'identité de la patiente et des résultats de l'inspection visuelle.

### 2.6.1.2. Les étapes de l'inspection visuelle

- Counseling : Avant le début de l'examen, la patiente doit bénéficier d'une explication détaillée sur le déroulement du dépistage. Il faut également informer la patiente de la possibilité d'un traitement initial au moment de l'examen [48].
- Examen sans préparation du col : La patiente est invitée à s'allonger en position gynécologique sur une table d'examen équipée de supports pour les jambes ou les genoux. Une fois installée, rechercher la présence de lésions au niveau des régions génitales externes et sur le périnée, rechercher également au niveau de la région fémo-inguinale tout signe d'inflammation ou d'augmentation de volume des ganglions.

Après la pose de spéculum, en présence d'un bon éclairage, identifier l'orifice externe, l'épithélium cylindrique (de couleur rouge), l'épithélium pavimenteux (de teinte rose), et la zone de rétro-cervix dont la limite supérieure est constituée par la JPC.

Rechercher :

- \* un ectropion : large zone rouge entourant l'orifice cervical externe et une jonction pavimento-cylindrique éloignée de l'orifice.
- \* des kystes de Naboth : nodules bombés, blanc bleuté ou tirant sur le jaune, à la paroi lisse et fragile présentant des vaisseaux sanguins ramifiés ; chez certaines femmes, ils peuvent grossir et provoquer une déformation du col utérin.
- \* un polype cervical : masse lisse de couleur rouge sombre ou blanc rosé, qui fait saillie hors du canal endocervical en se projetant au-delà de l'orifice cervical externe. On peut parfois confondre un polype cervical nécrosé avec un cancer du col.
- \* des cicatrices obstétricales : sortes de petites déchirures au niveau des lèvres du col, avec un orifice cervical externe de forme irrégulière.
- \* une leucoplasie : lésion blanche présente sur le col, à surface lisse ne pouvant être enlevée par grattage.

\* des condylomes cervicaux : zones surélevées, blanc gris, situées à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone de remaniement dans l'épithélium pavimenteux ; ils peuvent s'accompagner de lésions similaires dans le vagin et sur la vulve.

\* de s petites poches remplies de liquides ou des petites ulcérations pouvant évoquer un herpès [48, 51].

### **2.6.1.3. Examen après application d'acide acétique**

Avant l'inspection visuelle des lésions, badigeonner le col doucement, mais généreusement avec la solution d'acide acétique, à l'aide d'un écouvillon de coton imbibé de cette solution. Éliminez les sécrétions vaginales, en les essuyant délicatement. Une candidose vaginale se manifeste par un écoulement blanc crémeux, particulièrement adhérent, qui, s'il n'est pas correctement éliminé, peut se confondre avec une lésion acidophile et entraîner un résultat faussement positif. Après avoir retiré l'écouvillon et l'avoir immédiatement jeté à la poubelle, examiner soigneusement le col afin de voir si des lésions blanches apparaissent, en particulier dans la zone de remaniement à proximité de la JPC. Rechercher également des lésions acidophiles denses qui ne peuvent pas être enlevées.

Il faut attendre une minute après l'application d'acide acétique pour évaluer les résultats. Noter la vitesse à laquelle la lésion acidophile apparaît puis disparaît.

- Résultats de l'IVA

- ❖ IVA négative

Ne sont pas signes de positivité de l'IVA :

- l'absence de lésions acidophiles sur le col,
- la présence de polypes faisant saillie à l'extérieur du col avec des zones acidophiles d'un blanc opalescent bleuté,
- la présence de kystes de Naboth ayant l'aspect en grains de raisin,

- la présence dans l'endocol de zones acidophiles semées de petits points traduisant la présence d'un épithélium cylindrique qui réagit à l'acide acétique en prenant un aspect en grains de raisin,
- la présence de lésions brillantes d'un blanc rosé, bleuté, ou trouble, se confondant avec le reste du col,
- la présence de lésions acidophiles digitiformes, anguleuses et irrégulières semblables à des régions géographiques éloignées de la jonction pavimonto-cylindrique (lésions satellites),
- l'observation d'un discret blanchissement ou d'une réaction acidophile peu intense au niveau de la JPC,
- l'observation d'un blanchiment acidophile à l'aspect strié dans l'épithélium cylindrique.

#### ❖ IVA positive

Le résultat du test est considéré comme positif quand on constate :

- la présence de zones acidophiles, distinctes, bien définies, denses, blanc opaque, blanc terne ou blanc d'huile avec des marges régulières ou irrégulières dans la zone de remaniement, proches ou accolées à la JPC, ou proches de l'orifice cervical externe si la JPC n'est pas visible ;
- la présence de zones acidophiles très denses dans l'épithélium cylindrique ;
- le col tout entier blanchit sous l'effet de l'acide acétique ;
- la présence d'un condylome et d'une leucoplasie proches de la JPC qui blanchissent intensément après l'application d'acide acétique ;
- la présence sur le col, d'une tumeur ulcéro-proliférative qui blanchit fortement sous l'effet de l'acide acétique et saigne au toucher.

Il faut observer soigneusement :

- l'intensité de la couleur de la lésion acidophile blanc brillant, blanc trouble, blanc pâle ou blanc terne ; les bords et les délimitations de la lésion blanche (marges claires et nettes, marges floues et peu distinctes, marges surélevées ou aplaties marges régulières ou irrégulières) ;

- la localisation de la lésion ;
- le nombre et la taille (étendue ou dimensions) des lésions ;
- si les lésions sont uniformément blanches, ou si l'intensité de coloration varie à l'intérieur même de la lésion, ou encore, s'il existe des zones d'érosion à l'intérieur de la lésion.

En cas de doute on pourra par prudence répéter le test plusieurs fois en évitant de provoquer un saignement du col [51].

#### **2.6.1.4. Examen du col après application de lugol ou test de Schiller**

Le test de Schiller peut être réalisé après le test de l'IVA. La patiente en position gynécologique on badigeonne le col délicatement, mais généreusement, de soluté de lugol à l'aide d'un écouvillon de coton. Après avoir retiré l'écouvillon, on examine attentivement le col à la recherche de zones iodo-négatives (non imprégnées par l'iode) qui sont d'une teinte blanc pale ou blanc jaunâtre, en particulier dans la zone de remaniement, près de la jonction pavimento-cylindrique. Une fois l'inspection terminée, on éliminera à l'aide d'un coton sec, l'excès d'iode qui s'est accumulé dans les culs de sac vaginaux [51].

Les résultats possibles de l'IVL sont récapitulés dans le tableau III.

Tableau III: Résultats de l'IVL [51]

<b>I VL</b>	<b>Résultats cliniques</b>
<b>Négatif</b>	Epithélium pavimenteux devient brun acajou . Epithélium cylindrique ne change pas de couleur, ou zones irrégulières d'absorption partielle de l'iode
<b>Positif</b>	Zones bien définies, jaune brillant, ne prenant pas l'iode, touchant la JPC ou proche de l'orifice cervical si la JPC n'est pas visible.
<b>Suspicion de cancer</b>	Lésions ulcérées ou végétatives visible cliniquement, suintement et/ou saignement au toucher.

## **2.6.2. Colposcopie**

Le colposcope consiste à examiner tout le défilé cervico-vaginal à l'aide d'un appareil muni d'un système optique à fort grossissement. Ses objectifs sont :

- faire une cartographie des lésions cervicales ;
- orienter les biopsies pour qu'elles soient les plus contributives possible ;
- guider le traitement pour qu'il soit à la fois efficace en terme d'excision des lésions, mais aussi respectueux du massif cervical, en particulier, chez les patientes ayant un désir de grossesse.

Un schéma colposcopique est réalisé après chaque examen [52].

## **2.6.3. Frottis cervico-vaginal**

Le frottis cervico-vaginal est un examen de dépistage médical simple, destiné à prélever des cellules provenant du col utérin.

### **2.6.3.1. Matériel de réalisation d'un FCV**

On dispose habituellement de :

- une table gynécologique,
- un spéculum à deux valves,
- trois lames,
- une pince languette,
- un fixateur,
- une spatule d'Ayres en bois,
- un flacon contenant un conservateur pour la technique en couche mince,
- un écouvillon en coton ou
- un cytobrush,
- une lampe d'éclairage.

### **2.6.3.2. Prélèvement**

- Conditions :

Le frottis devrait être idéalement réalisé :

- ✓ en dehors des règles de préférence en période ovulatoire,
- ✓ en dehors de tout épisode infectieux,
- ✓ la patiente doit éviter 48 à 24 heures avant, les injections vaginales, les rapports sexuels, la toilette intime et l'usage de lubrifiant.

- Technique

Le FCV doit être réalisé avant le toucher vaginal. Pour les frottis conventionnels à étalement sur lame, il est important d'essuyer le col avec une compresse stérile afin d'éliminer la glaire cervicale souvent chargée en polynucléaires qui pourraient rendre difficile l'examen cytologique.

Une fois le spéculum introduit et le col repéré, il faut s'assurer que la zone de jonction pavimento-cylindrique est visible. Après la ménopause, elle tend à remonter dans le canal endocervical et devient moins facilement visible.

Le prélèvement se fait en deux temps :

D'abord au niveau de l'exocol avec une spatule d'Ayres à la jonction pavimento-cylindrique par grattage de la surface en effectuant une rotation de 360 degrés tout en maintenant un contact constant avec le col. Le prélèvement est alors étalé uniformément sur la lame et fixé avec le spray conventionnel.

Ensuite, au niveau de l'endocol à l'aide d'un écouvillon en coton imbibé de sérum physiologique ; quand la JPC n'est pas visible ou que l'orifice cervical est sténosé, le prélèvement se fait à l'aide d'une brosse endocervicale dédiée type cytobrush. De même, le prélèvement est fixé immédiatement.

- Interprétation

L'interprétation prend compte de la qualité du prélèvement et de la nature du frottis :

- frottis normal : inclut les modifications bénignes réactionnelles (inflammation, infection, ou présence de DIU) ;
- frottis anormal :



- ✓ Anomalie de cellules malpighiennes (ASC-SU) ou ne permettant pas d'exclure :  
une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (ASC-H) regroupant les dysplasies modérées et sévères CIN2, CIN3, CIS ;  
une lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade (LSIL) regroupant les koilocytes et dysplasies légères CIN1 ;  
et le carcinome malpighien.
- ✓ Anomalie des cellules glandulaires regroupant :  
une atypie des cellules glandulaires(AGC) en faveur ou pas d'une néoplasie ;  
un adénocarcinome endocervical in situ ;  
un adénocarcinome [16, 52].

Devant une lésion dysplasique, il faudra faire une colposcopie pour localiser les lésions. En cas de lésions de haut grade, une biopsie s'impose pour confirmer le diagnostic [1].

## **2.7. Diagnostic positif des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus**

Il est essentiellement histologique.

### **2.7.1. Prélèvements**

#### **2.7.1.1. Biopsie**

La biopsie confirme le diagnostic. Elle peut être réalisée directement si la lésion est visible, ou être dirigée sous colposcopie. La biopsie doit intéresser la ligne de transformation où débute la majorité des lésions précancéreuses du col. Elle doit ramener à la fois un épithélium de surface et un stroma sous-jacent pour permettre de poser le diagnostic d'une lésion purement intra épithéliale ou d'une lésion envahissant le stroma. Lorsque la zone de jonction n'est pas visible, sa fiabilité passe de 88,8% à 58,3% [41].

### **2.7.1.2. Conisation diagnostique**

Si l'examen colposcopique est non satisfaisant ou s'il ya une discordance entre la cytologie, la colposcopie, et la biopsie, une conisation diagnostique du col utérin doit être faite.

Le cô ne prélevé sera examiné et on précisera, si la lésion suspecte a été totalement enlevée ou non, la section étant ou non passée en tissu sain. Cet examen permet donc de préciser s'il s'agit d'un:

- cancer in situ vrai réséqué ou non en totalité,
- cancer micro invasif,
- cancer invasif vrai.

Cette distinction est fondamentale pour le traitement [41].

### **2.7.2. Résultats anatomopathologiques**

L'examen histopathologique des échantillons de tissus cervicaux permet d'établir le diagnostic définitif des néoplasies intra épithéliales cervicales (CIN). On distingue 3 types histologiques :

- Type 1 : constitué de cellules indifférenciées qui sont confinées aux couches les plus profondes de l'épithélium plus précisément au 1/3 inférieur. Les 2/3 sont occupées par des cellules à différenciation normale. Ce type correspond à la dysplasie légère ou à la néoplasie intra-épithéliale cervicale de type 1 (CIN1).
- Type 2 : caractérisé par des modifications cellulaires dysplasiques confinées à la moitié inférieure ou aux 2/3 inférieurs de l'épithélium. On note des anomalies nucléaires plus importantes que dans les CIN1. Ce type correspond à la dysplasie modérée ou à la néoplasie intra-épithéliale cervicale de type 2 (CIN2).
- Type 3 : caractérisé par une indifférenciation et une stratification cellulaire souvent absentes ou présentes uniquement au niveau du quart supérieur de l'épithélium. On retrouve des anomalies nucléaires sur toute l'épaisseur de l'épithélium. Il s'agit de la dysplasie sévère ou de la néoplasie intra épithéliale cervicale de type 3.

- Dans les cancers invasifs on note également une absence de stratification et de différenciation cellulaire [4, 28, 56].

## **2.8. Traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus [9, 10, 15, 17]**

### **2.8.1. Traitement curatif des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

#### **2.8.1.1. But**

Eliminer les lésions précancéreuses.

Eviter leur évolution vers un cancer invasif.

#### **2.8.1.2. Moyens**

##### **➤ Moyens de destruction**

- la vaporisation au laser, il y en a deux types : le laser CO<sub>2</sub> et le laser Argon ;
- la cryothérapie qui utilise le protoxyde d'azote qui est le gaz réfrigérant le plus efficace à l'heure actuelle. Son principe consiste donc en la destruction tissulaire par le froid. Elle s'applique à toutes les femmes qui au cours d'un dépistage des lésions précancéreuses du col à IV A présentent les caractéristiques suivantes :
  - un col dont la ligne de JPC est bien vue.
  - après application de l'acide acétique, on observe une zone acidiphile bien définie touchant la ligne de jonction et n'occupant pas plus de 75% de la surface du col et ne débordant pas de plus de 2 mm les bords de l'embout cryogène.
  - Lorsqu'un cancer est soupçonné ou si la patiente n'est pas éligible pour la cryothérapie, il faut proposer d'autres options thérapeutiques.
- le bistouri froid.

### ➤ **Moyens d'exérèse : la conisation du col utérin ;**

Elle consiste à prélever un cône du col sans le léser en vue d'un examen anatomopathologique en particulier des tranches de section pour assurer que l'on est passé à environ 5 mm des lésions iodo-négatives en tissu sain.

Elle peut être réalisée au bistouri froid, à l'anse diathermique et au laser.

### **2.8.1.3. Indications**

Les indications thérapeutiques sont fonction de :

- la femme : âge, parité, désir de grossesse, grossesse en cours, possibilité de surveillance ultérieure ;
- la lésion : étendue, topographie, grade histologique.

### ➤ **CIN1**

Ce sont des lésions qui peuvent régresser spontanément dans plus de 50% des cas. Aussi, certains préconisent-ils l'abstention thérapeutique sous surveillance étroite.

Le traitement est indiqué dans les CIN1 de bas grades persistants, en cas de discordance entre les éléments diagnostiques (frottis, colposcopie, biopsie) ou en cas de jonction pavimento-cylindrique non visible à la colposcopie.

### ➤ **CIN2-CIN3**

Les CIN2 et 3 sont considérés comme des précurseurs cancéreux vrais qui doivent toujours être traités. Le choix thérapeutique varie en fonction de nombreux facteurs. Il est préférable de recourir à des méthodes d'exérèse (conisation au bistouri, conisation au laser, résection à l'anse diathermique). Ces méthodes ont l'avantage de permettre un examen de la pièce d'exérèse qui va donner un diagnostic histologique précis et établir si l'exérèse est complète ou non.

Les traitements par destruction peuvent être proposés mais leur inconvénient est l'absence de pièce opératoire, donc l'absence d'examen histologique.

## **2.8.2. Traitement curatif des cancers micro-invasifs et invasifs du col de l'utérus**

La tendance est au traitement conservateur. Une méthode chirurgicale à veu effraction minimale est généralement appliquée de manière standard aux patientes à faibles risques tandis que le traitement des femmes présentant un risque accru doit être individualisé. Les principaux facteurs déterminants sont les caractéristiques des lésions, l'âge de la patiente, son souhait de conserver ou non sa capacité de procréation, son statut ménopausique, ses antécédents cancéreux, la présence ou l'absence d'autres pathologies et son comportement face au cancer.

### **2.8.2.1. But**

- Ablation de la lésion afin d'arrêter le processus carcinomateux.
- Amélioration de la survie par un traitement palliatif.

### **2.8.2.2. Moyens**

#### **➤ Chirurgie**

On distingue :

- la colpo-hystérectomie simple qui consiste à l'ablation de l'utérus, des annexes et d'une collerette vaginale ;
- la colpo-hystérectomie radicale avec lymphadénectomie. Elle peut être réalisée par voie abdominale : c'est l'intervention de Wertheim, par voie vaginale c'est l'intervention de Shauta. Dans ce cas la lymphadénectomie est réalisée par voie coelioscopique ;
- l'exentération pélvienne antérieure et postérieure rarement utilisée sauf dans les cas de tumeurs étendues mais extirpables.

#### **➤ Curiethérapie**

Elle permet le traitement par des sources radioactives des lésions cervicales ainsi que la partie proximale des paramètres. Elle se fait sous anesthésie générale en

hospitalisation de quelques jours. Elle peut se faire en complément avec une irradiation externe.

➤ **Radiothérapie transcutanée**

C'est une irradiation aux photons, elle s'adresse à la tumeur centro-pelvienne et aux ganglions iliaques voire lombo-aortique. Elle est réalisée en ambulatoire à raison de cinq séances par semaine pendant 5 à 6 semaines.

➤ **Chimiothérapie**

Elle s'est imposée ces dernières années et fait appel essentiellement aux sels de platine et au 3-fluoro-5-uracile. La fonte tumorale qu'elle peut obtenir n'empêche pas les récurrences locales ou métastatiques. Elle est utilisée dans le traitement des grosses tumeurs ( $\geq 4\text{cm}$ ) concomitamment à la radiothérapie et pour le traitement des formes métastatiques.

Toutes ces méthodes peuvent être utilisées seules ou en association.

### **2.8.3. Traitement préventif des lésions précancéreuses et cancéreuses du cancer du col de l'utérus**

#### **2.8.3.1. Prévention primaire : [5, 11, 36, 57]**

➤ La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)

La prévention des IST est basée sur :

L'éducation et la sensibilisation de la population pour le changement de comportement notamment : l'éviction du tabac, de rapports sexuels précoces et de partenaires sexuels multiples.

➤ Vaccination prophylactique anti-HPV

Le but d'un tel vaccin est de neutraliser la particule virale le plus tôt possible après pénétration dans l'organisme afin de l'empêcher d'atteindre sa cible et de se répliquer. Cette neutralisation se fait au mieux à l'aide d'anticorps dirigés contre les protéines de surface des virus qui sont, pour les HPV, les protéines de capsid L1 et L2.

Deux vaccins prophylactiques sont actuellement proposés, Gardasil<sup>R</sup> et Cervarix<sup>R</sup>. Le premier est un vaccin quadrivalent, ciblant les HPV 16 et 18, mais aussi HPV 6 et 11. Le programme de vaccination comporte trois injections intramusculaires à 0(zéro), 2(deux) et 6(six) mois. Le second vaccin est bivalent, dirigé contre les HPV 16 et 18, trois injections intramusculaires sont proposées à 0(zéro), 2(deux) et 6(six) mois.

Ces vaccins sont destinés en priorité aux sujets naïfs n'ayant jamais rencontré le virus ou qui sont au tout début de leur vie sexuelle. Les préadolescentes et les adolescentes constituent donc la population cible. Les âges ( seuil et limite supérieure sont encore discutés) ; en France il est recommandé de proposer ces vaccins aux jeunes filles de 14 ans, et ensuite aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas de contacts sexuels ou qui sont dans l'année de leurs premières relations sexuelles [5]. Aux Etats-Unis, il est recommandé de vacciner les préadolescentes de 11 à 12 ans en priorité et de procéder à des vaccinations de rattrapage pour les jeunes filles et jeunes femmes de 13 à 26 ans non vaccinées et peu exposées aux HPV 6, 11, 16 et 18 [57].

### **2.8.3.2. Prévention secondaire**

Elle est essentiellement représentée par le dépistage du cancer du col, qui a prouvé son efficacité lorsqu'il est bien mené.

En outre, de nos jours parallèlement aux vaccins prophylactiques un vaccin thérapeutique est en cours de développement et a pour but de stimuler le système immunitaire spécifique ou inné. L'efficacité de ce vaccin semble meilleure au stade précoce (CIN) qu'au stade de cancer invasif [12].



### **3. OBJECTIFS**



### **3. 1. Objectif général**

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans les écoles de formation de base de Ouagadougou.

### **3. 2. Objectifs spécifiques**

1. Décrire les caractéristiques socio-démographiques des élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude des écoles de formation de base de Ouagadougou.
2. Evaluer les connaissances des élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude des écoles de formation de base de Ouagadougou relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
3. Décrire les attitudes des élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude des écoles de formation de base de Ouagadougou relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
4. Apprécier les pratiques des élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude des écoles de formation de base de Ouagadougou relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

## **4. MATERIELS ET METHODES**

#### **4.1. Cadre de l'étude**

L'étude a été menée dans la ville de Ouagadougou capitale administrative et politique du Burkina Faso. Sa population était estimée à 16 241 811 habitants en 2010 [58].

L'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige ont servi de cadre pour la présente étude (voir annexes).

#### **4.2. Méthode de l'étude**

##### **4.2.1. Type et période de l'étude**

Il s'est agi d'une étude transversale à passage unique qui s'est déroulée du 25 janvier 2012 au 09 mars 2012.

##### **4.2.2. Population de l'étude**

Notre étude a porté sur les élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude (3<sup>ème</sup> année) de l'ENSP et de l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige.

##### **➤ Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans l'étude tous les élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat inscrits en 3<sup>ème</sup> année présents lors de notre passage et consentants à participer à l'étude.

##### **4.2.3. Collecte de données**

Nous avons recueilli les données grâce à l'administration d'un questionnaire écrit et anonyme.

Après explications dans la salle de cours en présence des responsables de l'école, les élèves étaient priés de remplir le questionnaire sur place et de nous le remettre.

Les variables étudiées étaient :

- les données sociodémographiques ;

- les données portant sur la connaissance des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus à savoir :
  - la définition ;
  - les facteurs de risque ;
  - les signes d'appel clinique ;
  - les moyens de diagnostic ;
  - les moyens de traitement ;
  - la connaissance de l'agent pathogène et de sa voie de transmission ;
  - la connaissance des vaccins prophylactiques.
- les données portant sur l'attitude des élèves ;
- les données portant sur la pratique effective du dépistage par les élèves.

#### **4. 2. 4. Considérations éthiques**

En pré lude à not re é tude, u ne c orrespondance éc rite a é té a dressée aux responsables des écoles qui ont donné un avis favorable pour mener cette étude. Le consentement éclairé d es enquêtés a ét é o btenu av ant l e d ébut d e c ette enquête. Nous avons garanti à tous ceux qui ont été enquêtés l'anonymat et la confidentialité de leurs réponses. Les résultats de cette étude seront portés à leur connaissance.

#### **4. 2. 5. Traitement des données**

Les données recueillies ont été saisies et traitées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi Data dans sa version 3.1. Excel et Word de Microsoft Office ont été utilisés pour la confection des tableaux et des figures. Les tests de Chi carré et de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions.

#### **4. 2. 6. Définitions opérationnelles**

- Définition du cancer du col de l'utérus : C'est une tumeur maligne du col de l'utérus ou une prolifération anarchique des cellules au niveau du col de l'utérus.
- Bonne connaissance des facteurs de risque : élève ayant cité au moins 4 facteurs de risque.
- Connaissance moyenne des facteurs de risque : élève ayant cité 2 ou 3 facteurs de risque.
- Faible connaissance des facteurs de risque : élève ayant cité un facteur de risque ou aucun.
- Bonne connaissance des signes d'appel : élève ayant cité 3 signes d'appel.
- Connaissance moyenne des signes d'appel : élève ayant cité 1 ou 2 signes d'appel.
- Faible connaissance des signes d'appel: élève ayant cité aucun signe.
- Bonne connaissance des moyens de diagnostic : élève ayant cité au moins 3 moyens de diagnostic.
- Connaissance moyenne des moyens de diagnostic : élève ayant cité 2 moyens de diagnostic.
- Faible connaissance des moyens de diagnostic : élève ayant cité 1 moyen de diagnostic ou aucun.
- Bonne connaissance des moyens de traitement : élève ayant cité au moins 4 moyens de traitement.
- Connaissance moyenne des moyens de traitement: élève ayant cité 2 ou 3 moyens de traitement.
- Faible connaissance des moyens de traitement : élève ayant cité 1 moyen de traitement ou aucun.

## **5. RESULTATS**

## 5. 1. Taux de participation

L'ENSP comptait 212 élèves SFME et 226 élèves IDE tandis que l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige comptait 35 élèves SFME et 34 élèves IDE; soit un total de 507 élèves inscrits en 3<sup>ème</sup> année dans les deux écoles.

Nous avons mené l'enquête auprès de 291 élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat, soit un taux de participation de 57,4%.

## 5. 2. Données socio-démographiques

### 5.2.1. Age

La Figure 6 montre la répartition des élèves par tranche d'âge.

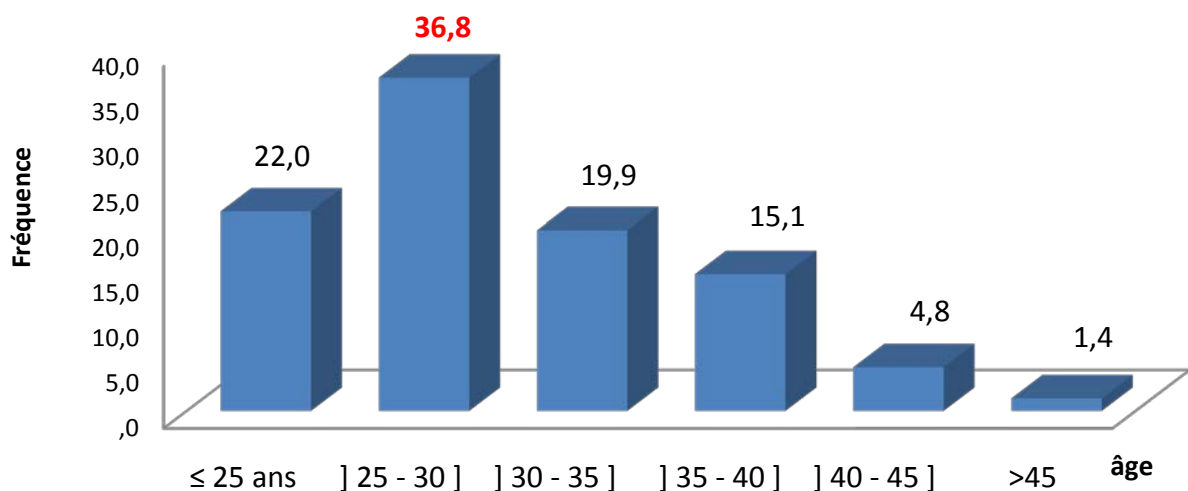


Figure 6: Répartition des élèves par tranche d'âge (n= 291)

L'âge moyen était de  $30,6 \pm 0,65$  avec des extrêmes de 21 et 48. La tranche d'âge de 26 à 30 ans représentait 36,8%.

### 5.2.2. Sexe

Les élèves de sexe féminin étaient 185 soit 63,6% et ceux de sexe masculin 106 soit 36,4% avec un sex-ratio de 0,57.

### 5.2.3. Statut matrimonial

Les élèves ont été répartis selon leur statut matrimonial en vie maritale et vie seule dans la Figure 7.

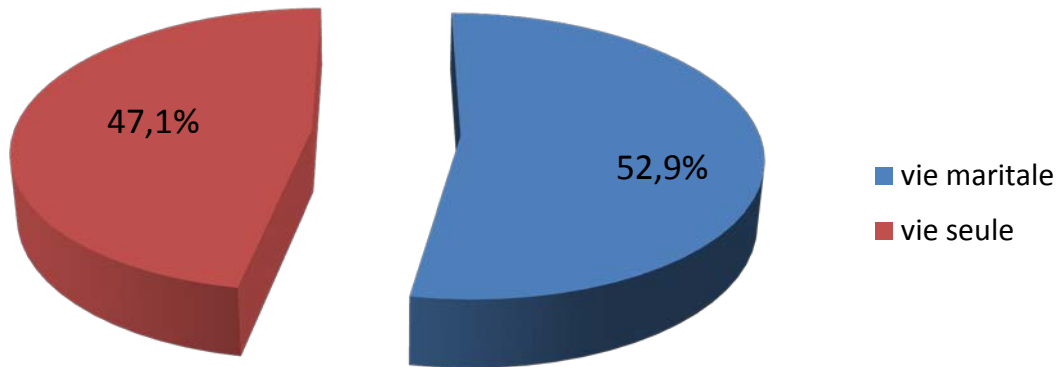


Figure 7: Répartition des élèves selon le statut matrimonial

Les élèves ayant une vie maritale représentaient 52,9%.

### 5.2.4. Niveau d'étude

Les élèves ayant un niveau d'étude secondaire étaient 248 soit 85,2% et ceux ayant un niveau d'étude supérieur 43 soit 21,8%.

### 5.2.5. Ecole de formation

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat de l'ENSP étaient 227 soit 78% et ceux de l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige 64 soit 22%.

### 5.2.6. Statut à l'école

Les élèves sage-femmes et maïeuticiens d'Etat étaient 152 soit 52,2% et les élèves infirmiers d'Etat 139 soit 47,8%.



### 5.2.7. Sexe et statut

Le tableau IV présente la répartition des élèves en fonction du sexe et du statut à l'école.

Tableau IV: Répartition des élèves en fonction du sexe et du statut à l'école (n=291).

Sexe	Elèves IDE		Elèves SFME		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculin	70	24.0	36	12.4	106	36.4
Féminin	69	23.7	116	39.9	185	63.6

Les sage-femmes étaient au nombre de 116 soit 39,9%.

### 5.3. Evaluation des connaissances sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Les connaissances évaluées ont été catégorisées en bonnes, moyennes et mauvaises.

#### 5.3.1. Définition du cancer du col

Le tableau V illustre la répartition des réponses des élèves sur la connaissance de la définition du cancer du col de l'utérus.

Tableau V: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance de la définition du cancer du col de l'utérus.

Définition	Elèves IDE (n=139)		Elèves SFME (n=152)		Total (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
Bonne	91	65,5	128	84,2	219	75,3
Mauvaise	48	34,5	24	15,8	72	24,7

La bonne définition du cancer du col de l'utérus était retrouvée chez 84,2% des élèves sage-femmes et maïeuticiens d'Etat et chez 65,5% des élèves infirmier(e)s d'Etat.

$$X^2 = 12,71 \text{ et } P = 0,0004$$

### 5.3.2. Facteurs de risque du cancer du col

Le tableau VI présente la répartition des réponses des élèves sur la connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus.

Tableau VI: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus.

Connaissance des facteurs de risque	Elèves IDE (n=139)		Elèves SFME (n=152)		Total (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
Bonne*	2	1,4	23	15,1	25	8,6
Moyenne**	22	15,8	79	52,0	101	34,7
Faible***	115	82,7	50	32,9	165	56,7

\* : élève ayant cité au moins 4 facteurs de risque.

\*\* : élève ayant cité 2 ou 3 facteurs de risque.

\*\*\* : élève ayant cité un facteur de risque ou aucun.

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat avaient une bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus respectivement dans 15,1% et 1,4% des cas.

Le tableau VII présente la fréquence des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus cités par les élèves.

Tableau VII : Fréquence des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus cités par les élèves (n=291).

Facteurs de risque	Elèves IDE		Elèves SFME		Total	
	n	%	n	%	n	%
Précocité des rapports sexuels	<b>88</b>	<b>30,2</b>	<b>114</b>	<b>39,2</b>	<b>202</b>	<b>69,2</b>
Partenaires sexuels multiples	79	27,1	111	38,1	190	65,3
Multiparité	24	8,2	22	7,6	46	15,8
Déficit immunitaire	16	5,5	29	10,0	45	15,5
Tabagisme	28	9,6	6	2,1	34	11,7
Infection à HPV	13	4,5	17	5,8	30	10,3
Bas niveau socioéconomique	3	1,0	18	6,2	21	7,2
Age	3	1,0	4	1,4	7	2,4
Absence de dépistage	0	0	1	0,3	1	0,3

La précocité des rapports sexuels était citée par 202 élèves soit 69,2% suivie de la multiplicité des partenaires sexuels par 190 élèves soit 65,3%.

### 5.3.3. Signes d'appel clinique du cancer du col

Le tableau VIII présente la répartition des réponses des élèves sur la connaissance des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus.

Tableau VIII: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus.

Connaissance des signes d'appel	Elèves IDE (n=139)		Elèves SFME (n=152)		Total (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
Bonne*	6	4,3	24	15,8	30	10,3
Moyenne**	12	8,6	60	39,5	72	24,7
Faible***	121	87,0	68	44,7	189	64,9

\* : élève ayant cité 3 signes d'appel.

\*\* : élève ayant cité 1 ou 2 signes d'appel.

\*\*\* : élève ayant cité aucun signe d'appel.

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat avaient une bonne connaissance des signes d'appel clinique respectivement dans 15,8% et 4,3% des cas.

Le tableau IX présente la fréquence des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus cités par les élèves.

Tableau IX: Fréquence des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus cités par les élèves (n=291).

Symptômes	Elèves IDE		Elèves SFME		Total	
	n	%	n	%	n	%
Métrorragies	<b>73</b>	<b>25,1</b>	<b>115</b>	<b>39,5</b>	<b>188</b>	<b>64,6</b>
Douleur pelvienne	49	16,8	69	23,7	118	40,5
Col saignant au contact	3	1,0	3	1,0	6	2,1

Les métrorragies étaient citées par 188 élèves soit 64,6%.

### 5. 3.4. Moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Le tableau X présente la répartition des réponses des élèves sur la connaissance des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Tableau X : Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Connaissance des moyens de diagnostic	Elèves IDE (n=139)		Elèves SFME (N=152)		Total (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
Bonne*	<b>3</b>	<b>2,1</b>	<b>16</b>	<b>10,5</b>	<b>19</b>	<b>6,5</b>
Moyenne**	14	10,1	21	13,8	35	12,0
Faible**	122	87,8	115	75,6	237	81,4

\* : élève ayant cité au moins 3 moyens de diagnostic.

\*\* : élève ayant cité 2 moyens de diagnostic.

\*\*\* : élève ayant cité 1 moyen de diagnostic ou aucun.

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat avaient une bonne connaissance des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus respectivement dans 10,5% et 2,1% des cas.

Le tableau XI présente la fréquence des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cités par les élèves.

Tableau XI: Fréquence des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cités par les élèves (n=291).

Moyens de diagnostic	Elèves IDE		Elèves SFME		Total	
	n	%	n	%	n	%
IVA/IVL	<b>79</b>	<b>27,1</b>	<b>136</b>	<b>46,7</b>	<b>215</b>	<b>73,9</b>
Colposcopie	31	10,6	54	18,5	85	29,2
Biopsie	18	6,2	45	15,5	63	21,6
FCV	14	4,8	9	3,1	23	7,9

La méthode d'IVA/IVL était citée par 215 élèves soit 73,9%.

Les élèves ayant affirmé que l'indication de l'IVA/IVL était la détection des lésions précancéreuses du col de l'utérus étaient 187 soit 64,3% des enquêtés.

### **5.3.5. Curabilité des lésions précancéreuses du col de l'utérus**

Deux cent soixante-cinq élèves, soit 91,1% avait affirmé que les lésions précancéreuses du col de l'utérus étaient curables.

### **5.3.6. Moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus**

Le tableau XII présente la répartition des réponses des élèves sur la connaissance des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Tableau XII: Répartition des réponses des élèves sur la connaissance des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Connaissance des moyens de traitement	Elèves IDE (n=139)		Elèves SFME (N=152)		Total (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
Bonne*	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>7,9</b>	<b>12</b>	<b>4,1</b>
Moyenne**	13	9,3	50	32,9	63	21,6
Faible***	126	90,6	90	59,2	216	74,2

\* : élève ayant cité au moins 4 moyens de traitement.

\*\* : élève ayant cité 2 ou 3 moyens de traitement.

\*\*\* : élève ayant cité 1 moyen de traitement ou aucun.

Douze élèves sage-femmes et maïeuticiens d'Etat, soit 7,9% avaient une bonne connaissance des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Le tableau XIII présente la fréquence des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cités par les élèves.

Tableau XIII: Fréquence des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cités par les élèves (n=291).

Moyens de traitement	Elèves IDE		Elèves SFME		Total	
	n	%	n	%	n	%
Chirurgie	<b>50</b>	<b>17.2</b>	<b>82</b>	<b>28.2</b>	<b>132</b>	<b>45.4</b>
Chimiothérapie	51	17.5	68	23.4	119	40.9
Radiothérapie	37	12.7	41	14.1	78	26.8
Conisation	10	3.4	31	10.6	41	14.1
Vaporisation	4	1.4	20	6.9	24	8.2
Cryothérapie	9	3.1	13	4.5	22	7.6
Bistouri froid	3	1.0	1	0.3	4	1.4
Curiethérapie	1	0.3	1	0.3	2	0.7

La chirurgie était citée comme moyen de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par 132 élèves soit 45,4%.

### **5.3.7. Agent pathogène et voie de transmission**

Le Human Papilloma Virus (HPV) était cité par 174 élèves soit 59,8% comme l'agent pathogène incriminé dans la survenue des lésions précancéreuses du col. La voie sexuelle était citée par 147 élèves, soit 50,5% comme mode de transmission du HPV.

### **5.3.8. Prévention des lésions précancéreuses**

Cent cinquante-cinq élèves soit 53,3% connaissaient l'existence des vaccins prophylactiques contre le cancer du col de l'utérus. Cervarix<sup>R</sup> et Gardasil<sup>R</sup> étaient cités par 18 d'entre eux soit 11,6%.

Parmi les 155 élèves connaissant l'existence du vaccin, 81 soit 52,2% avaient affirmé que les vaccins étaient destinés aux filles vierges.

### **5.3.9. Intérêt du dépistage des lésions précancéreuses**

Deux cent vingt-huit élèves, soit 88,7% avaient affirmé que l'intérêt du dépistage était la prévention et le diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

## **5. 4. Evaluation des attitudes des élèves SFME et IDE**

Le tableau XIV présente la répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par IVA/IVL.



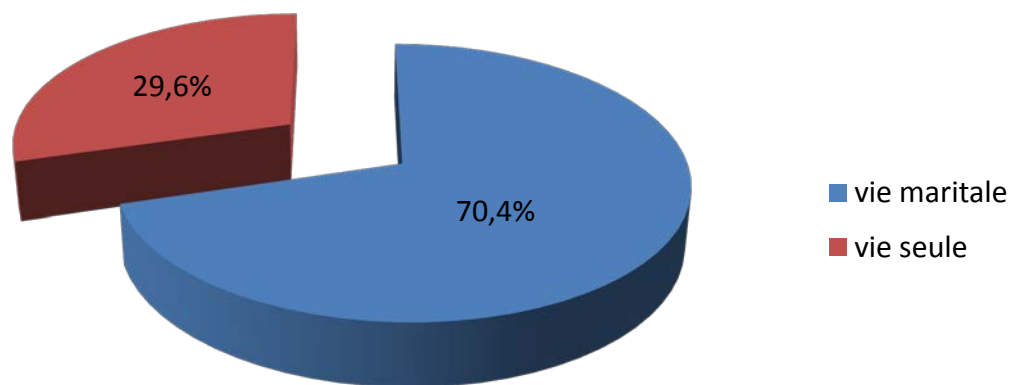
Tableau XIV: Répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par IVA/IVL.

Dépistage par IVA/IVL	Infirmière (n=69)		Sage-femme (n=116)		Total (n=185)	
	n	%	n	%	n	%
Elève dépistée	<b>2</b>	<b>2,9</b>	<b>25</b>	<b>21,5</b>	<b>27</b>	<b>14,6</b>
Elève non dépistée	67	97,1	91	78,4	158	85,4

Les élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par l'IVA/IVL représentaient respectivement 21,5% et 2,9%.

$X^2 = 10,63$  et  $P = 0,0011$ .

La Figure 8 présente la répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué un dépistage par l'IVA/IVL en fonction du statut matrimonial (n=27).

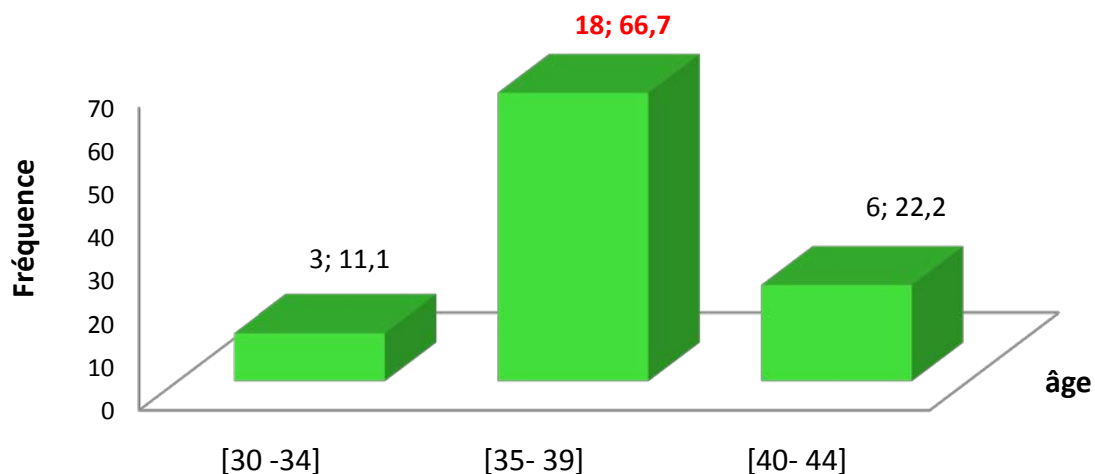


**Figure 8: Répartition des élèves sage- femmes et infirmières d'Etat ayant effectué un dépistage par IVA/IVL selon le statut matrimonial (n=27)**

Les élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué un dépistage par l'IVA/IVL avaient une vie maritale dans 19 cas sur les 27 soit 70,4%.

Les élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par IVA/IVL une fois étaient 21 soit 77,8% et celles ayant effectué deux fois étaient 6 soit 22,2%.

La figure 9 présente la répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par IVA/IVL selon les tranches d'âge.



**Figure 9: Répartition des élèves sage-femmes et infirmières d'état ayant effectué le dépistage par IVA/IVL selon les tranches d'âge (n=27)**

Les élèves sage-femmes et infirmières d'Etat dont l'âge est compris entre 35 et 39 ans représentaient 66,7% de celles ayant effectué le dépistage par IVA/IVL.

Les élèves maïeuticiens et infirmiers d'Etat ayant une vie maritale étaient 49 sur les 106 élèves de sexe masculin, soit 46,2%. Parmi eux, 4 soit 8,2% avaient leurs conjointes ayant effectué le dépistage par l'IVA/IVL.

Cent trente-six élèves soit 46,7% affirmaient avoir déjà encouragé leurs proches à se faire dépister par l'IVA/IVL.

Les élèves qui avaient affirmé qu'ils mettront l'accent sur la sensibilisation des femmes au dépistage du cancer du col une fois sur le terrain représentaient 92,1%.

## 5. 5. Evaluation de la pratique

### 5.5.1. Pratique de l'IVA/IVL lors du stage clinique

Le tableau XV présente la répartition des élèves ayant déjà pratiqué l'IVA/IVL lors du stage clinique.

Tableau XV: Répartition des élèves ayant déjà pratiqué l'IVA/IVL lors du stage clinique.

Réalisation de l'IVA/IVL	Elèves IDE (n=139)		Elèves SFME (n=152)		Total (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
IVA/IVL pratiquée	1	0,7	14	9,2	15	5,1
IVA/IVL non pratiquée	138	99,3	138	90,8	276	94,8

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat n'ayant pas encore pratiqué l'IVA/IVL lors du stage clinique représentaient respectivement 90,8% et 99,3%.

$$X^2 = 9,04 \text{ et } P = 0,0026$$

Parmi les 276 élèves n'ayant pas encore pratiqué l'IVA/IVL, 249 soit 90,2% mettaient en exergue l'absence de cet examen sur le terrain de stage tandis que 27 soit 9,8% affirmaient que les titulaires ne les laissaient pas pratiquer.

### 5.5.2. Autres méthodes pratiquées

Aucun élève n'avait déjà réalisé la colposcopie ni autre méthode.



## 6. DISCUSSION

## **6. 1. Limites et contraintes**

Notre étude a connu des limites et des contraintes parmi lesquelles on peut citer :

- le faible taux de participation ;
- le fait que notre évaluation ne rentrait pas dans le cadre de s examens pourrait avoir amené certains élèves à ne pas répondre sérieusement à notre questionnaire ;
- au cours de notre revue documentaire, nous n'avons pas retrouvé d'étude sur l'évaluation de s connaissances de s élèves infirmiers et s sage-femmes d'Etat relatives a ux lésions précancéreuses et cancéreuses du col. La plus part des études portait sur les médecins, les infirmiers et sage-femmes en activité.

## **6. 2. Taux de participation**

Dans notre étude, le taux de participation était de 57,4%.

Ce taux est faible par rapport à celui de Hsairi et collaborateurs en Tunisie [30] qui avait noté un taux de participation de 92% des étudiants en fin d'étude médicale.

Dans notre contexte, ce faible taux pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les élèves SFME et IDE ne soient pas réguliers aux cours, d'autre part par le manque de volonté et aussi par la crainte que l'évaluation révèle des insuffisances dans leurs connaissances.

## **6. 3. Données socio-démographiques**

Dans notre série, la moyenne d'âge était de  $30,6 \pm 0,65$ .

Notre résultat est différent de celui de Hsairi et collaborateurs en Tunisie [30] qui avait noté une moyenne d'âge de 25,01.

Cette moyenne d'âge élevée dans notre série, pourrait s'expliquer par le fait que certains élèves soient déjà des infirmiers brevetés ayant réussi au concours professionnel de sage-femme, maïeuticien et d'infirmier d'Etat.

La tranche d'âge de 26 à 30 ans était la plus représentative avec 36,8%. Notre résultat est différent de celui de Kouamo au Mali [34] qui rapportait que la tranche d'âge de 42 ans et plus était la plus représentative avec 38,8%.

Dans notre étude, la majorité des élèves SFME et IDE (63,6%) était de sexe féminin avec un sex-ratio de 0,57.

Notre chiffre est proche de ceux de Kouamo [34] et de Hsairi et collaborateurs [30] qui avaient noté une prédominance féminine avec respectivement 67,7% et 60,5%.

Dans notre série, ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le métier d'infirmière et de sage-femme intéresse beaucoup le sexe féminin.

Dans notre étude, 52,9% des élèves enquêtés avaient une vie maritale.

Ceci pourrait s'expliquer par la moyenne d'âge des élèves qui reste élevée.

La majorité des élèves (85,2%) avait un niveau d'étude secondaire. Cela pourrait s'expliquer par le niveau de recrutement des élèves SFME et IDE qui est le niveau terminal. Cependant, selon de nouvelles directives, le recrutement des élèves SFME et IDE se fera dès la rentrée prochaine avec le diplôme du baccalauréat. Ce qui pourrait impliquer une amélioration du niveau général des élèves et une meilleure compréhension des cours dispensés.

La majorité des élèves (78%) provenait de l'ENSP. Celle-ci est la première école de formation de base des personnels de santé non médecins et des infirmiers spécialistes créée depuis 1977 tandis que l'Ecole Sainte Edwige est une école privée de formation de base du personnel paramédical ouverte seulement en octobre 2005. Les deux écoles sont soumises au même programme d'enseignement exigé par le ministère de la santé.

Dans notre série, les élèves SFME constituaient 52,2% de la population enquêtée, et ce malgré leur effectif moins élevé que celui des IDE.

Ce résultat pourrait s'expliquer par une meilleure disposition des élèves SFME à participer à notre étude qui porte sur un cancer gynécologique, la gynécologie étant un module de base chez les SFME.

#### **6. 4. Connaissances sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus**

La bonne définition du cancer du col de l'utérus était retrouvée chez 84,2% des élèves sage-femmes et maïeuticiens d'Etat et chez 65,5% des élèves infirmier(e)s d'Etat. Cette différence était statistiquement significative avec  $P=0,0004$ .

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat avaient une bonne connaissance des facteurs de risque respectivement dans 15,1% et 1,4% des cas.

Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Kouamo [34] qui retrouvait 88,52% de SFME et 78,84% des IDE ayant une bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus. En effet la population d'étude de Kouamo était constituée d'IDE et de SFME prestataires. Ceux-ci bénéficieraient de formation continue sur les affections gynécologiques dont le cancer du col de l'utérus dans leurs activités.

La précocité des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires sexuels étaient les facteurs de risque les plus cités avec respectivement 69,2% et 65,3%. La bonne connaissance de ces deux facteurs de risque relatifs à l'activité sexuelle pourrait dénoter de l'effort consenti par les enseignants et aussi de l'importance des activités de sensibilisation. En effet, lors des campagnes de dépistage de masse organisées par le ministère de la santé et par certaines

associations féminines militant pour le bien-être de la femme, l'accent est mis sur l'éviction des comportements sexuels à risque.

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat avaient une bonne connaissance des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus respectivement dans 15,8% et 4,3% des cas.

Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Kouamo [34] qui avait rapporté une bonne connaissance des signes d'appel clinique du cancer du col de l'utérus chez 87,43% des SFME et 69,23% des IDE.

Dans notre série, les métrorragies étaient le principal symptôme cité avec 64,6%.

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat avaient une bonne connaissance des moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses respectivement dans 10,5% et 2,1% des cas.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de Kouamo [34] qui avait noté 92,16% des SFME et 76,92% d'IDE ayant une bonne connaissance des moyens de diagnostic du cancer du col de l'utérus. Komongui et collaborateurs au Bénin [33] avaient noté 97,78% de sage-femmes praticiennes ayant une bonne connaissance des moyens de diagnostic du cancer du col de l'utérus.

La connaissance des moyens de diagnostic du cancer du col de l'utérus pourrait être influencée par la pratique quotidienne. En effet, les praticiens étant déjà en contact avec le matériel de dépistage sont plus aptes à connaître les moyens de diagnostic du cancer du col de l'utérus.

Dans notre étude, l'IVA/IVL était le principal moyen de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus cité par les élèves SFME et IDE avec 73,9%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'IVA/IVL soit le moyen de dépistage le plus utilisé et le plus accessible dans notre contexte.



Le FCV est le moyen de dépistage le plus utilisé dans les pays développés, mais son coût élevé le rend inaccessible dans les pays en développement. C'est pour cela que l'Alliance For Cervical Cancer Prevention (A CCP) dans le souci de réduire l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus dans les pays en développement a mis au point le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par la méthode IVA/IVL [2]. Cette méthode est comparable à la cytologie en termes d'efficacité et de spécificité [4 ; 47].

Par ailleurs, la majorité des élèves (64,3%) avait affirmé que l'IVA/IVL avait pour but de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

La majorité des élèves (91,1%) avait affirmé que les lésions précancéreuses du col de l'utérus étaient curables.

Notre résultat est comparable à celui de Kouamo [34] qui retrouvait 88,19% des IDE et SFME ayant affirmé que le cancer du col de l'utérus était une affection curable si le diagnostic était précoce et le traitement adapté.

Dans notre série, seuls douze élèves sage-femmes et maïeuticiens d'état, soit 7,9% avaient une bonne connaissance des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Par contre, aucun IDE n'en avait une bonne connaissance.

Ces lacunes pourraient s'expliquer par un manque d'assiduité des élèves aux cours en témoigne le taux de participation (57,4%). Elles pourraient aussi s'expliquer par une insuffisance des cours théoriques. En effet le volume horaire du module de s affections gynécologiques où est traité le cancer du col de l'utérus est d'environ 20 heures.

Par ailleurs, la chirurgie était le moyen de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus le plus cité avec 45,4%.

Dans notre série, le HPV était cité par 59,8% des élèves comme l'agent pathogène fortement incriminé dans la survenue des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Les élèves ayant affirmé que la voie sexuelle était le mode de transmission de ce virus représentaient 50,5%.

L'information sur le HPV mérite d'être poursuivie, intégrée aux messages de prévention au même titre que les autres IST déjà enseignées dans ces établissements.

Dans notre série, 155 élèves SFME et IDE, soit 53,3% connaissaient l'existence des vaccins prophylactiques contre le cancer du col de l'utérus. Parmi ceux-ci, 52,2% avaient affirmé que ces vaccins étaient destinés aux filles vierges.

Cervarix<sup>R</sup> et Gardasil<sup>R</sup> avaient été cités par seulement 11,6% des élèves connaissant l'existence du vaccin prophylactique.

En outre, la majorité des élèves (88,7%) avait affirmé que l'intérêt du dépistage était la prévention du cancer du col de l'utérus.

Le dépistage des lésions précancéreuses est un moyen très efficace pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus nonobstant l'existence des vaccins prophylactiques dont le coût reste encore élevé (55500 francs CFA les trois doses).

Selon une étude réalisée à Ouagadougou [23], les génotypes à haut risque retrouvés chez les femmes VIH+ et les femmes de la population générale étaient respectivement : HPV-50'S (25,5% et 31,0%); HPV-18 (25,0% et 14,3%); HPV-30'S (20,8% et 5,9%); HPV-16 (4,7% et 10,7%) et HPV-45 (3,7% et 3,6%). Les génotypes à faible risque sont représentés par HPV-6 (5,7% et 17,9%) et HPV-11 (0,9% et 0,0%). Ceci interpelle à réaliser d'autres études plus élargies à tout le Burkina Faso en vue de faire la cartographie des génotypes de HPV.

## 6.5. Attitudes

Les élèves sage-femmes et les infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par l'IVA/IVL représentaient respectivement 21,5% et 2,9%. Cette différence était statistiquement significative avec  $P= 0,0011$ .

Parmi les 27 élèves sage-femmes et infirmières d'Etat ayant effectué le dépistage par l'IVA/IVL, 19 avaient une vie maritale soit 70,4%. Celles ayant effectué le dépistage une fois étaient 21 soit 77,8% et celles ayant effectué deux fois étaient 6 soit 22,2%.

Les élèves maïeuticiens et infirmiers ayant une vie maritale étaient au nombre de 49 sur 106 élèves de sexe masculin, soit 46,2%. Parmi eux, 4 soit 8,2% avaient leurs conjointes ayant effectué le dépistage par l'IVA/IVL.

Ces faibles taux de dépistage au sein des élèves IDE et SFME pourraient refléter l'attitude de la population générale face au dépistage du cancer du col de l'utérus. L'organisation plus régulière des campagnes de sensibilisation de la population sur le cancer du col de l'utérus à travers les causeries-débats dans les centres de santé et à travers les médias pourraient inciter les femmes à se faire dépister massivement.

Près de la moitié des élèves (46,7%) avaient affirmé avoir déjà encouragé leurs proches à se faire dépister par l'IVA/IVL. Par ailleurs, la majorité des élèves (92,1%) avait affirmé qu'elle mettra l'accent sur la sensibilisation de la population au dépistage du cancer du col de l'utérus sur le terrain.

Ces affirmations sont basées sur des déclarations personnelles avec la part de subjectivité qu'elles pourraient contenir.

## 6. 6. Pratique

Les élèves sage-femmes, maïeuticiens d'Etat et les élèves infirmier(e)s d'Etat n'ayant pas encore pratiqué l'IVA/IVL lors des stages cliniques représentaient respectivement 90, 8% et 99,3%. Cette différence est statistiquement

significative avec  $P= 0,0026$ . Parmi les 276 élèves n'ayant pas encore pratiqué l'IVA/IVL, 249 soit 90,2% mettaient en exergue l'absence de cet examen sur le terrain de stage tandis que 27 soit 9,8% affirmaient que les titulaires ne les laissaient pas pratiquer. Aucun élève n'avait déjà réalisé la colposcopie ou toute autre méthode lors des stages cliniques.

Ces faibles taux de pratique pourraient s'expliquer d'une part par le fait que ces examens ne soient pas un objectif de stage pour les élèves SFME et IDE et d'autre part par le fait que les CSPS et les CMA ne soient pas tous équipés en matériels et consommables pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.



## **7. CONCLUSION**

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est en terme de fréquence, le deuxième cancer de la femme après celui du sein. Il constitue dans les pays en développement un véritable problème de santé publique.

L'amélioration de la lutte contre ce cancer passe par une formation optimale des futurs SFME et IDE qui seront les responsables au premier niveau de contact entre la population et le personnel de santé.

Notre étude évaluant les connaissances, attitudes et pratiques des élèves SFME et IDE en fin d'étude dans les écoles de formation de base de Ouagadougou relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus a mis en évidence de nombreuses lacunes. En effet, les facteurs de risque, les signes d'appel clinique, les moyens de dépistage et les moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus sont insuffisamment connus des élèves.

Par ailleurs, leur attitude vis-à-vis de ce cancer ne témoignait pas de la gravité de celui-ci.

Le taux de pratique du dépistage par l'IVA/IVL lors du stage clinique était très bas.

Cependant, certains aspects de ce cancer étaient mieux connus des élèves à savoir : la définition, le HPV et sa voie de transmission, l'intérêt du dépistage et l'existence du vaccin.

Ces insuffisances pourraient résulter de nombreux facteurs parmi lesquels on peut citer :

- un volume horaire insuffisant du module portant sur les affections gynécologiques ;
- l'irrégularité des élèves aux cours ;
- l'absence d'objectifs de stage pratique sur le dépistage par l'IVA/IVL ;
- l'absence du matériel de dépistage sur les terrains de stage.



## **8. SUGGESTIONS**

A l'issue de la présente étude nous formulons les suggestions suivantes :

### **Au Ministre de la santé**

- Mettre en place un programme national de lutte contre les cancers.
- Doter toutes les formations sanitaires (CSPS, CMA, CHR et CHU) en matériels et en consommables nécessaires à la pratique de l'IVA/IVL.
- Augmenter le nombre de sites de stage pratique.

### **Au Directeur de la Santé de la Famille**

- Mettre en place une structure pour la prévention des cancers gynécologiques.

### **Aux responsables des écoles de formation de base**

- Introduire dans les programmes de formation pratique des objectifs de stage sur le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- Revoir à la hausse le volume horaire du module portant sur les affections gynécologiques.
- Veiller à l'assiduité des élèves au cours et au stage pratique.

### **Aux agents des sites de stage et aux encadreurs**

- Former les élèves sur la pratique de l'IVA/IVL.

### **Aux élèves des écoles de formation de base**

- Prendre conscience de l'importance des cours dispensés et mettre l'accent sur la pratique lors des stages sur le terrain.
- Etre assidus et réguliers aux cours, base de l'apprentissage.





## 9. REFERENCES

**1-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé**

(ANAES).Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. La revue du praticien, médecine générale, 2004 ;18 : 646-47

**2- Alliance for cervical cancer prevention( ACCP),world health**

organization,international net work for cancer traitement and research(INCTR). Programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col: manuel à l'usage des organisateurs. [www.alliance.cxca.org](http://www.alliance.cxca.org).

**3- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Palliative Care: Supporting Women with Advanced Cancer.** Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. [www.alliance.cxca.org](http://www.alliance.cxca.org).

**4- American college of obstetricians and gynecologists, société des obstétriciens et gynécologues du Canada ;Central american federation of association and societies of obstetrics and gynecology ;** prévention du cancer du col a u sein de s milieux à fa ibles ressources . J O bstet G ynecol C an, 2004 ; 3 :207-8.

**5- Avis du comité technique des vaccinations et le conseil supérieur d'hygiène publique de France section de maladies transmissibles relatif à la vaccination contre les Papilloma Virus Humains 6, 11, 16 et 18.**

Journal de pédiatrie et de puériculture 2007 ; 20 (3-4) : 168-171.

**6. Baseman JG., Koutsky LA.** The epidemiology of human papilloma virus infections. J Clin. Virol. 2005; 32(Suppl 1): 16-S24.

**7- Benhaddad A., Boukoffa S., Nacer H., Soussa C.** Généralités s ur l'anatomie humaine 2009 ; 39 : 30-32.

**8- Boulanger JC, Leroy JL, Quereux C, Gondry J, Boman F, Bory JP et AL.** Diplôme inter universitaire de colposcopie et de pathologie cervico vaginale. Universités d'Amiens, Lille et Reins , DIU, 2007-2008 ; 92

**9- Bourgult-Villada I.** Vaccination anti-papillomavirus humains Thérapie, 2005 ; 60 (3) : 271- 4.

**10- Bosze P.** Traitement des cancers micro-invasifs du col utérin. Encycl .Med.Chir 2002 ; 605-50.

**11- Brun JL., Riethmuller D.** Vaccination prophylactique et thérapeutique contre le papillomavirus humains. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007 ; 36 : 631-641.

**12- Centre International de Recherche sur le Cancer(2005) Le cancer dans le monde.** Centre International de Recherche sur le Cancer, Lyon.

**13- Claeys P, H. De Vuyst, C. Gonzalez, A. Garcia, R.E. Bello and M. Temmerman.** Performance of the acetic acid test used in field conditions as a screening test for cervical cancer. Tropical Medicine and International, 2003; 8 (8): 704-709.

**14- Clifford G., Franceschi S., Diaz M., Munoz N., Villa L L.** HPV V distribution in women with in without cervical neoplastic diseases vaccine 2006; 24; 26-34.

**15- Conférence Nationale Des Professeurs Des Universités.** Référentiel National de gynécologie obstétrique. Tome 1, Gynécologie, 2<sup>ème</sup> éd. 2003-2004.

**16 -Dargent D., Papiernik E., Rozembaum H., Belaisch., AllartJB.** Gynecologie Paris:Flammarion, 1999 ; 787.

**17- Delvenne P., Goffin F., Kridelka F., Arafa M., Caberg J- H., Herfs M. et Al.** Le cancer du col de l'utérus : du virus au traitement. Revue médicale, Liège, 2007 ; 62 : 2-6.

- 18- Denny L. et al.** Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resource settings: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2005; 294 (17):2173-2181.
- 19- Disaia PJ., Creasman WT.** Pre invasive disease of the cervix. *Clinical Gynecologic Oncology*. Mosby 1993; 4: 1-36.
- 20- Duarte Franco E., Edouardo L F.** Cancer du col de l'utérus: rapport de surveillance de la santé des femmes, 2003; 20.
- 21- Duport N - Institut de Veille Sanitaire.** Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat de connaissances. Actualisation Mai 2008.
- 22- Ferlay J., Shin H., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D M.** *Globocan 2008* ; Cancer incidence and mortality world wide. IARC 2010 Cancer Base n°10 : 56-59.
- 23- Florencia W. D., Charlemagne O., Damintoti S.K., Tani S., Cyrille B., Moctar Z., Djeneba O., Charlemagne G., Virginio P., Nadine W.B., Korotimi S., Jedida S., Salvatore P., Anna M. F., Jean-Baptiste N., Jacques S,** 2011. Prevalence and genotype characterization of Human Papillomaviruses among HIV-seropositive women in Ouagadougou, Burkina Faso. *Acta tropica*; 117, 202–206.
- 24- FOFANA M.** Dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus au Burkina Faso : étude comparative de l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et de solution de lugol (IVL). Mémoire DES Université de Ouagadougou, 2003.
- 25- Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SC.** Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*. 2003;27(6):466–471.

- 26- Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales.**  
Publication Technique du centre international de recherche sur le cancer (CIRC), 2004 ; 41 :51.
- 27- Goldie S., Gaffikin L., Goldhaber-Fiebert J., Gordillo-Tobar A., Levin C., Mahe C., Wright T.** Cost effectiveness of cervical screening in five developing countries. *The New England Journal of Medicine*, 2005; 353: 2158-2168.
- 28- Holcomb K., Matthews RP., Chapman JE., Abulafia O., Leey C., Borges A., Buhl A.** The efficacy of cervical conisation in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia in HIV-positive women. *Gynecol Oncol* 1999 ; 74 (3) : 428-31.
- 29- HPV and related cancer in burkina faso .** OMS summary report, 2009.
- 30- Hsairi Mohamed *et al.*,** Connaissances et attitudes des étudiants en fin d'études médicales vis-à-vis des dépistages des cancers du col utérin et du sein. *Santé Publique*, 2007 ; 19 : 119-132.
- 31- Jonde M.** Dépistage du cancer du col utérin de 1989 à 1999. *Reprod hum* 1999 ; 8 : 753-757
- 32- Katz IT, Wright AA.** Preventing cervical cancer in the developing world. *The New England Journal of Medicine*, 2006; 354(11): 105-111.
- 33- Komongui D.G., Adisso. S., Lokossou A., Yacoubou. A., Perrin X.R. et Alihonoue M.** Connaissances attitudes et pratiques en matière de cancers du sein et du col de l'utérus. *Abstrat congrès SAGO Cotonou 2000* ; 60-70.
- 34- Kouamo E.I.** Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de santé à Bamako relatives au cancer du col de l'utérus et du sein. *Thèse de Médecine Université Bamako*, 2005 ; 100

- 35- LANKOANDE J, SAKANDE B, OUEDRAOGO A, OUEDRAOGO CMR, OUAT TARA T et al.** Le cancer du col utérin dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) : Aspects épidémio-cliniques et anatomopathologiques. *Méd Afr Noire*, 1998, **45**, 442-445.
- 36- LY A.** Le cancer du col utérin : nouveaux vaccins, nouvelles perspectives ? *J Afr Cancer* 2009 ; 1 : 65-67.
- 37- Marcheta J., Deschamp P.** La Colposcopie. Paris. Masson, 2004 ; 178.
- 38- Monsonogo J.** Infections à papillomavirus. État des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Springer. Paris, 2006.
- 39- Muñoz N., Castellsague X., de Gonzalez A B., Gismann L.** HPV in etiology of human cancer vaccine 2006 ; 245 : 1-10.
- 40- Muñoz N., Bosch F F X., Herrero R., Castellsague X., Sahah K V.** Epidemiologic classification of human papilloma virus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 18-27.
- 41- Nkégom B., Belly P E., Mbakop A .** Lésions précancéreuses du col utérin chez la femme camerounaise. Aspect cytologique et épidémiologique de 946 cas ; *Gynécologie obstétrique et fertilité* , 2001 ; 29(1) : 15-20
- 42- Noel G., Genestie C., Votadoro A.** Cancer du col utérin ; Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE. Université Paris IV ; *Cancérologie* 2003; 298 .
- 43- OMS.** Cervical cancer screening in developing countries. Compte rendu d'une consultation OMS. Genève. Editions de l'OMS, 2002.
- 44- OMS.** La lutte contre le cancer de l'utérus : guide des pratiques essentielles. Genève. Editions de l'OMS, 2007 ; 287.

- 45- OMS** Le cancer du col de l'utérus dans la région africaine de l'OMS : situation actuelle et perspectives, Soixantième session Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010 ; 6.
- 46- Orth G.** Les papillomavirus humains et leur rôle dans l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Perspectives dans le domaine de la prévention de ce cancer. In Blanc B, editor. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Springer, 2005 ; 15-33.
- 47- Paul D., Blumenthal ., Noel M., Enriquito L.** Prévention du cancer du col. Guide pratique pour les milieux à faibles ressources. [www.Jhpiego.org](http://www.Jhpiego.org).
- 48- Paul D., Blumenthal., Noel M., Enriquito L.** Prévention du cancer du col, guide pour les participants [www.jhpiego.org](http://www.jhpiego.org).
- 49- Sana Sillard J.** L'observance de la vaccination anti-papillomavirus chez les adolescentes âgées de 14 à 21 ans à l'Espace Santé Jeune de l'Hôtel-Dieu. Etude réalisée entre avril 2008 et novembre 2009. Thèse de Médecine.
- 50- Sankaranarayanan R, et al.** Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from an IARC multicentre study in India and Africa. International Journal of Cancer. 2004;110(6): 907–913.
- 51- Sankaranarayanan R ; Ramani S.** Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales. Wesley 2004 ; 55.
- 52- Sankaranarayana R; Sellors J W.** Colposcopie et traitement de s néoplasies intra épithéliales. Manuel à l'usage des débutants. 2004: 2-12.
- 53- Sarian LO et al.** Evaluation of visual inspection with acetic acid (VIA), Lugol's iodine (VILI), cervical cytology and HPV testing as cervical screening tools in Latin America. This report refers to partial results from the LAMS

(Latin American Screening) study. Journal of Medical Screening. 2005; 12(3):142–149.

**54. Shah S., Smith C., Sabin C., Evans H., Johnson M.** Attitudes of HIV positive women to cervical screening. Journal of obstetrics and gynecology 2004; 24: 719-724.

**55- Teguede I.** Prise en charge des néoplasies intra-épithéliales du col (CIN) : A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Mémoire de fin de stage de Gynécologie et Obstétrique, 2002 ; 10.

**56-The future II study group, quadrivalent vaccin against human papilloma virus to prevent high-grade cervical lesions.** New Eng J M ed 2007 ; 356 :1915-1916.

**57- Wright TC JR, Huh WK, Monk BJ, et al.** Age considerations when vaccinating against HPV. Gynecol Oncol 109 (Suppl 2): 40-47.

**58- WWW.** [http://fr.WikipediaOrg/wiki/Burkina Faso/Institut Nationa des Statistiques et de la Démographie](http://fr.WikipediaOrg/wiki/Burkina_Faso/Institut_Nationa_des_Statistiques_et_de_la_Démographie). Statistiques démographiques, page consultée le 28/05/12.





**ANNEXES**

**1. Données socio-démographiques :**

➤ Age (ans).....

➤ Sexe M  F

➤ Situation matrimoniale

Marié(e)  Célibataire   
Concubinage  Divorcé(e)  Veuf (ve)

➤ Niveau d'étude

Secondaire  Supérieur

➤ Ecole de formation

ENSP  S<sup>te</sup> Edwige

➤ Statut à l'école

Elève infirmier d'état  Elève infirmière d'état   
Elève sage-femme d'état  Elève maïeuticien d'état

**2. Connaissances sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.**

➤ Définissez le cancer du col de l'utérus

.....  
.....  
.....  
.....

Connaissez-vous les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus ?

Oui  Non

Si oui pouvez-vous les citer

- 
- 
- 

➤ Existe-t-il des signes d'appel clinique (symptômes) du cancer du col de l'utérus ?

Oui  Non

Si oui lesquels ?

- 
- 

➤ Connaissez –vous les moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ?

Oui  Non

Si oui lesquels ?

- 
- 
- 

➤ Quels sont les moyens de diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses les plus utilisés en pratique dans notre contexte ?

- 
- 
- 

➤ Que signifie IVA/IVL ?

IVA :.....  
.....

IVL :.....  
.....

➤ Dans quel cas réalise-t-on l'IVA/IVL ?

.....  
.....

➤ Les lésions précancéreuses sont-elles curables ?

Oui

Non

➤ Connaissez-vous les moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col

Oui

Non

Si oui lesquels

- -  
- -  
- -

➤ Connaissez –vous l’agent pathogène (virus) qui est fortement incriminé dans la survenue des lésions précancéreuses ?

Oui

Non

Si oui lequel?

-

➤ Comment se fait la transmission par le virus HPV ?

.....  
.....

➤ Savez-vous qu’il existe des vaccins prophylactiques contre certaines souches du virus HPV

Oui

Non

Si oui lesquels :

-

-

➤ Ces vaccins peuvent-ils être prescrits à toute femme ?

Oui

Non

Si non quelle est la population cible de ces vaccins ?

.....  
.....

- Quel intérêt y-a-t-il à faire le dépistage du cancer du col de l'uterus ?

.....  
.....  
.....  
.....

## 2 ATTITUDES

❖ (questions applicables aux femmes)

- Avez-vous déjà été dépistée par la méthode IVA/IVL ?

Oui  Non

Si oui nombre de fois : .....

- Par quelle autre méthode avez-vous aussi été dépistée ?

Méthode..... Nombre de fois..... Néant

❖ (questions applicables aux hommes)

- Votre conjointe a-t-elle déjà été dépistée ?

Oui  Non

Si oui par quelle méthode..... Nombre de fois.....

❖ (Questions applicables aux hommes et aux femmes)

- Avez-vous déjà encouragé vos proches à se faire dépister par IVA/IVL ?

Oui  Non

- Sur le terrain, que ferai-vous pour lutter contre le cancer du col de l'utérus?

.....  
.....  
.....  
.....

3 PRATIQUE

➤ Au cours de votre formation avez-vous déjà vu faire l'IVA/IVL

Oui  Non

Sinon pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....

➤ Au cours de votre formation avez-vous déjà réalisé l'IVA/IVL

Oui  Non

Sinon pourquoi

.....  
.....  
.....  
.....

➤ Avez-vous aussi pratiqué autre méthode ?

Oui  Lequel..... Non

## **Présentation des écoles de formation de base**

### **❖ Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)**

#### **- Présentation de l'ENSP**

L'ENSP a été créée en 1977. Elle sera baptisée en 1984 « Docteur Comlan Alfred Auguste QUENUM » en hommage au regretté Docteur QUENUM qui fut pendant une vingtaine d'années Directeur Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique. Elle a été érigée en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1987 avec une certaine autonomie de gestion.

De nos jours, elle gère 26 programmes de formation.

#### **- Missions de l'ENSP**

L'ENSP a pour principale mission :

- la formation de base des personnels de santé non médecin ;
- la formation des infirmiers spécialistes ;
- les formations de courte durée du personnel de santé.

#### **- Organisation générale**

L'ENSP est placée sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et sous la tutelle financière du Ministère de l'Economie et des Finances.

L'organigramme de l'ENSP se compose comme suit :

- Le Conseil d'Administration (CA) : c'est l'organe suprême chargé de la gestion de l'institution.
- La Direction Générale : c'est l'organe qui dirige et coordonne toutes les activités de l'établissement.
- Les Directions Centrales qui sont :
  - la Direction des Etudes et des Stages qui coordonne toutes les activités pédagogiques de toute l'institution ;
  - la Direction de l'Administration et des Finances qui s'occupe de questions relatives à l'administration et aux finances ;

- l'Agence Comptable qui assure la comptabilité de l'institution.
- Les Directions Régionales qui sont :
  - Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Koudougou, Ouahigouya, Fada N'gourma et Tenkodogo) qui sont chargées de la formation des élèves et des étudiants.
  - Le Centre de Formation en Développement Socio-Sanitaire (CFDS) qui est également chargé de la formation des élèves et des étudiants et de la formation de courte durée du personnel de santé.

**- Les ressources humaines**

Le personnel de l'ENSP est composé de :

- personnel enseignant permanent ;
- personnel administratif et financier ;
- personnel de soutien ;
- à côté du personnel enseignant permanent, interviennent les enseignants vacataires venant de l'université, du Ministère de la Santé et d'autres ministères.

**- Méthodes d'enseignement**

Les méthodes d'enseignement privilégiées sont les méthodes actives. Les moyens pédagogiques les plus modernes sont utilisés comme appui à ces méthodes.

Les activités pédagogiques sont les cours théoriques, les stages dans les formations sanitaires urbaines et rurales, les travaux en laboratoire, les séminaires et ateliers. Toutes les formations spécialisées sont sanctionnées par une soutenance de mémoire de fin d'étude.

**- Enseignement du module des affections gynécologiques**

Ce module est dispensé aux élèves infirmier(e)s, sage-femmes et maïeuticiens d'Etat en 3<sup>ème</sup> année avec respectivement un volume horaire de 15 heures et de 20 heures.



## ❖ **Ecole Privée de Santé Sainte Edwige**

L'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige est une structure de formation privée en personnel de santé qui a ouvert ses portes le 31 Octobre 2005. Elle est dirigée par une directrice fondatrice qui est appuyée dans sa tâche par :

- un chef de service pédagogique chargé des études et des stages ;
- des chefs de service pour les différentes filières ;
- des coordonnateurs pour chaque promotion ;
- une équipe administrative et
- une équipe financière.

Pour répondre aux besoins en personnel de santé, l'école Sainte Edwige offre diverses formations dans le domaine des sciences de la santé :

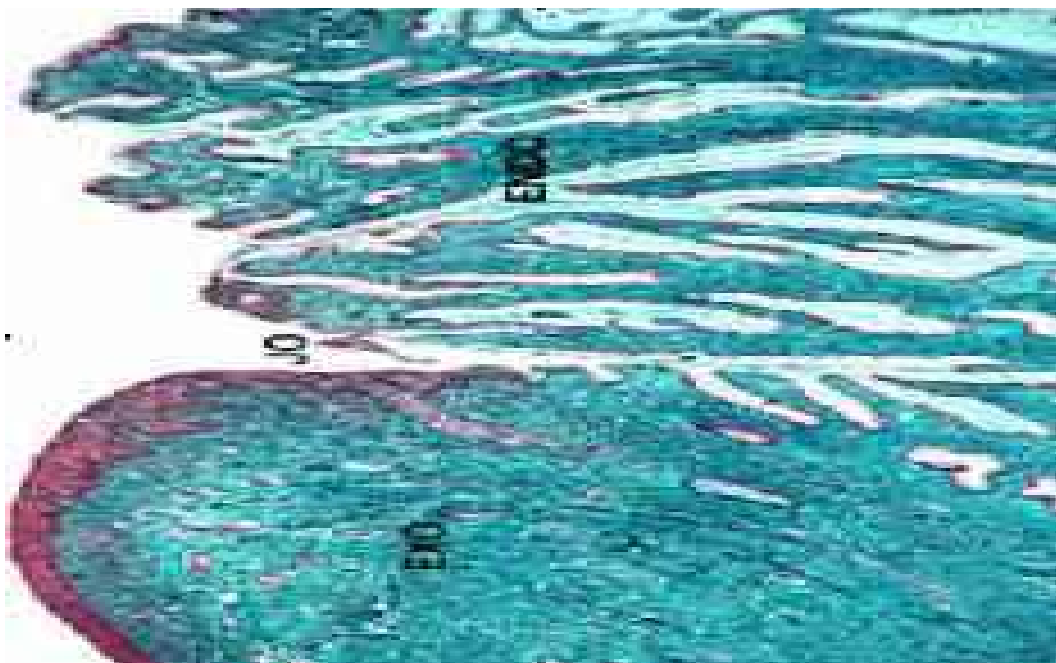
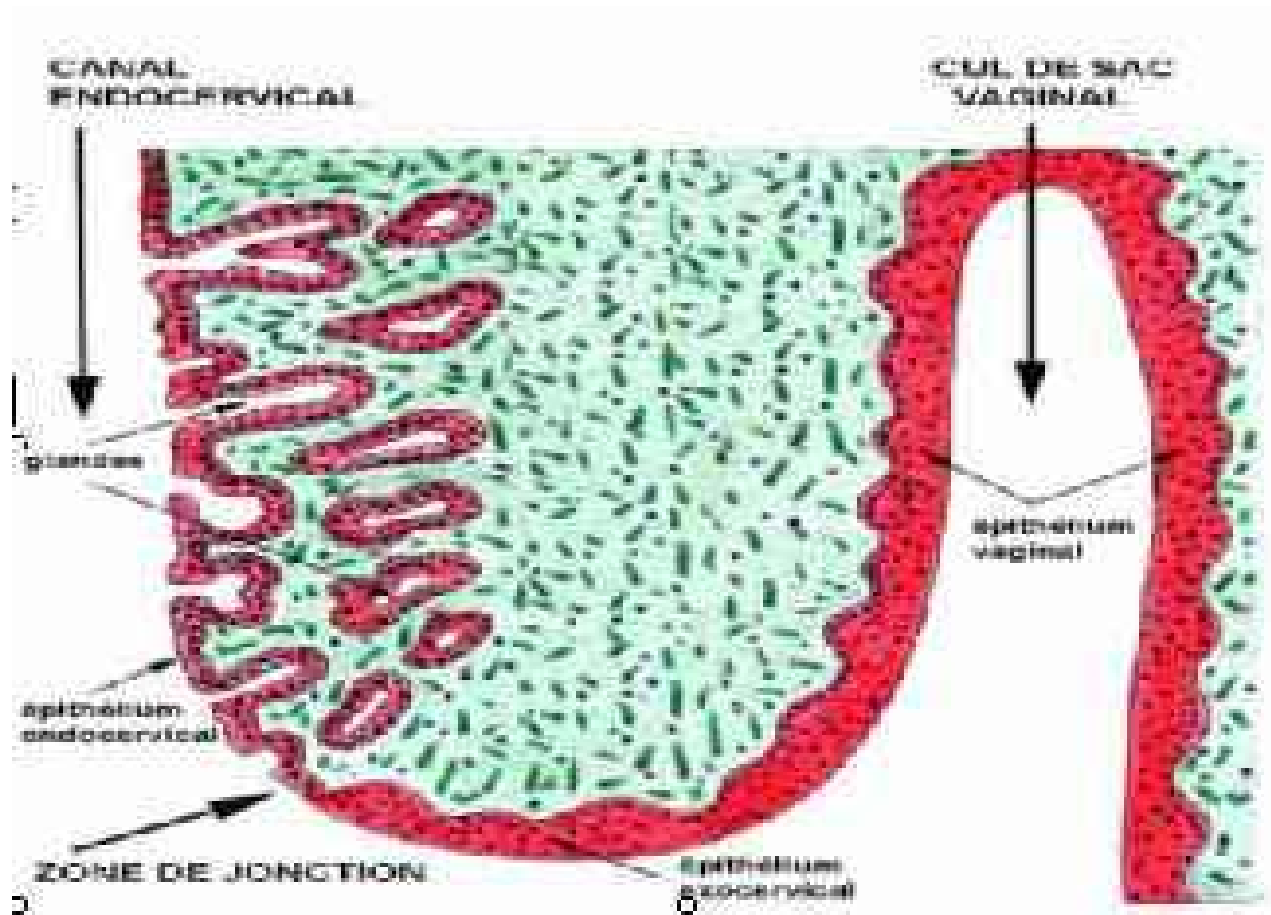
- sage-femmes et maïeuticiens d'état ;
- infirmiers (ères) d'état ;
- infirmiers (ères) brevetés(es) ;
- accoucheuses brevetées ;
- agents itinérants de santé ;
- accoucheuses auxiliaires.

Une équipe pluridisciplinaire composée d'enseignants vacataires et d'enseignants permanents dans le domaine des sciences de la santé et des sciences sociales se tient à la disposition des élèves.

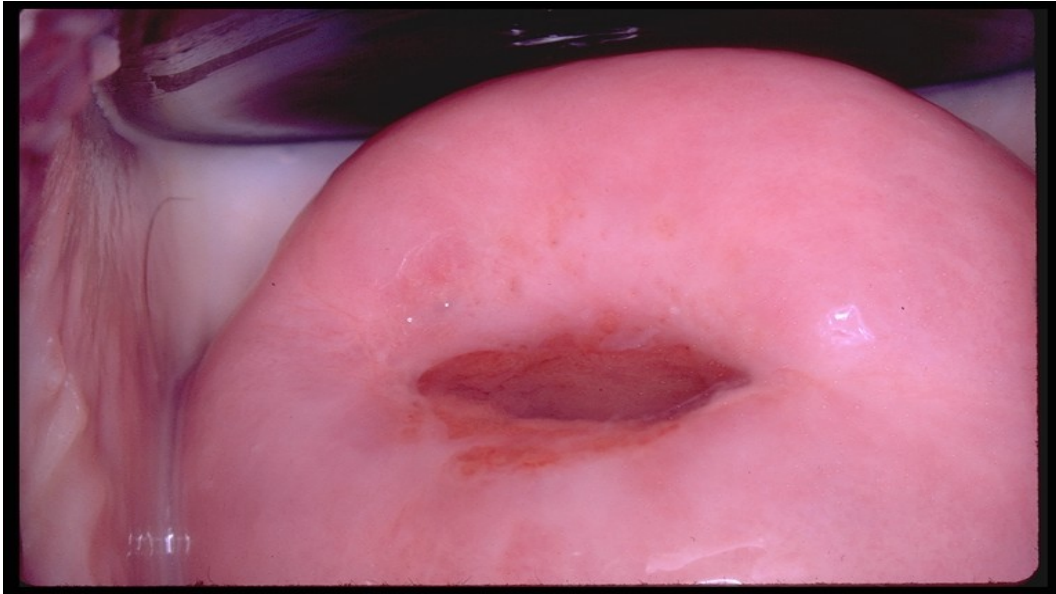
Le module des affections gynécologiques est dispensé aux élèves infirmier(e)s, aux sage-femmes et maïeuticiens d'Etat en 3<sup>ème</sup> année avec un volume horaire de 20 heures.



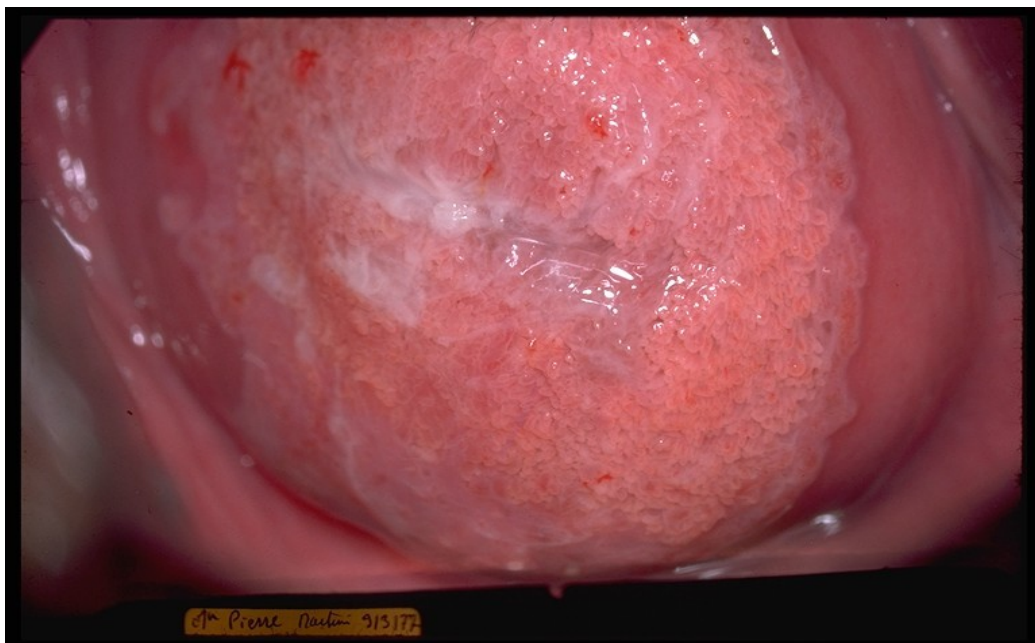
## ICONOGRAPHIE



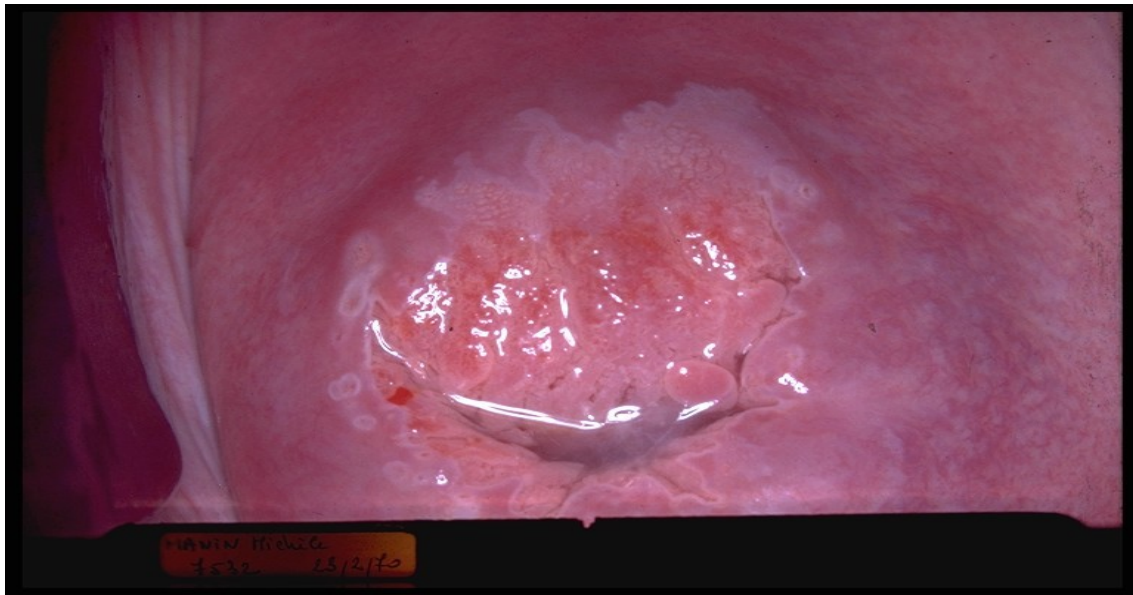
ICONOGRAPHIE I : Coupe anatomo-histologique de l'utérus [50]



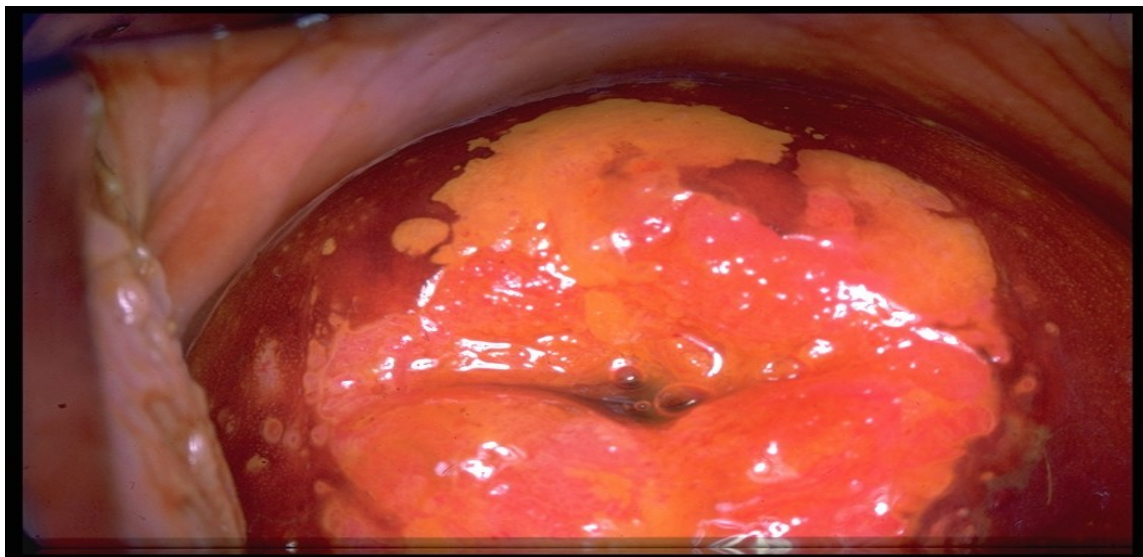
**ICONOGRAPHIE II: Col normal** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



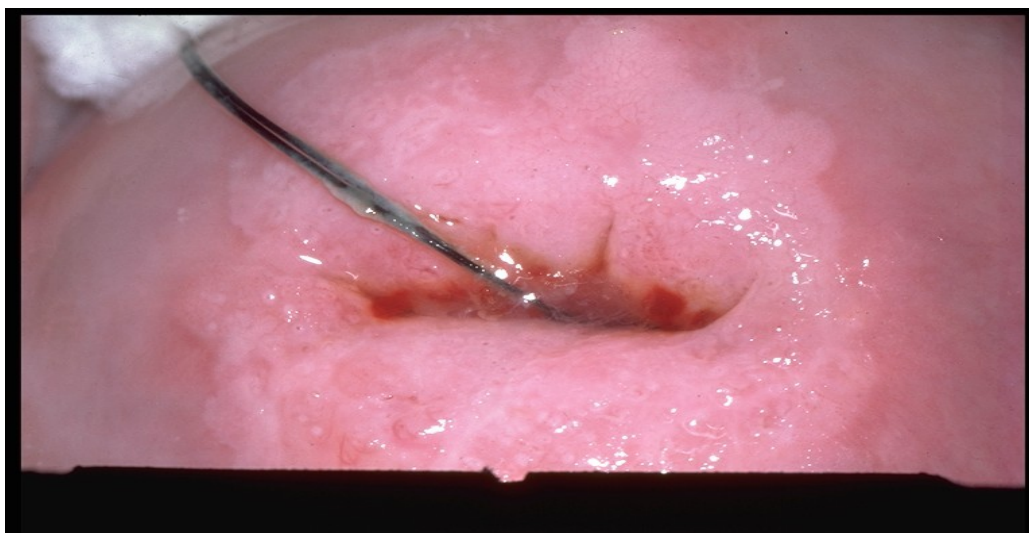
**ICONOGRAPHIE III : Ectropion** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



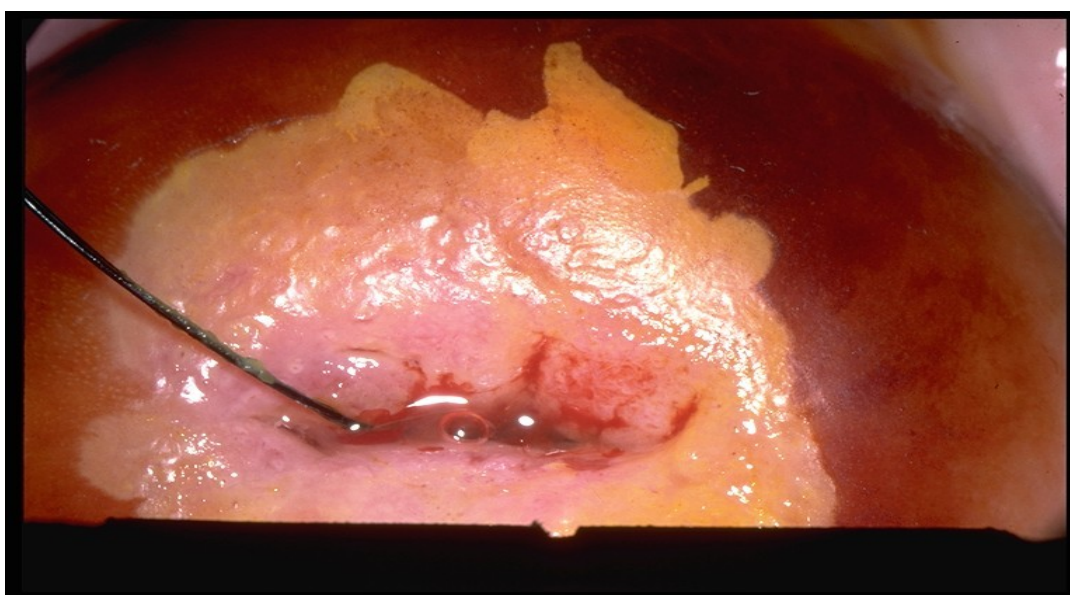
**ICONOGRAPHIE IV : TAG1 à l'acide acétique** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



**ICONOGRAPHIE V : TAG1 au lugol** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



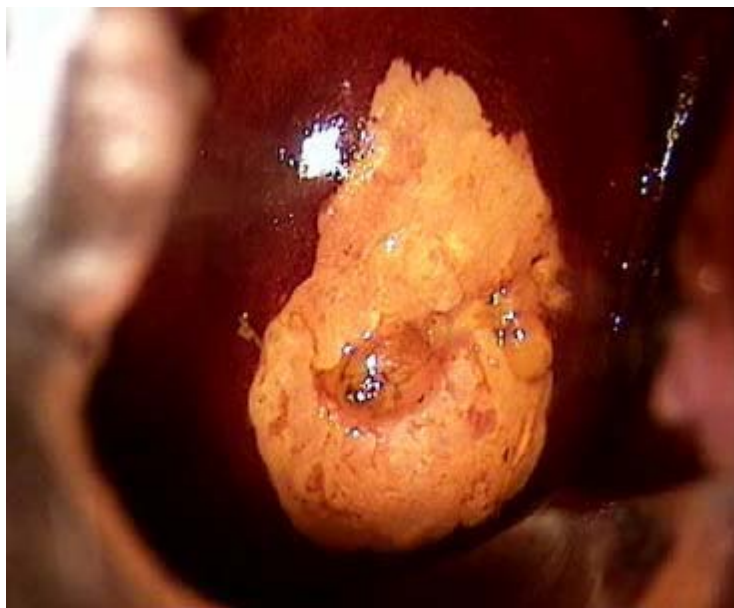
**ICONOGRAPHIE VI: TAG2 à l'acide acétique** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



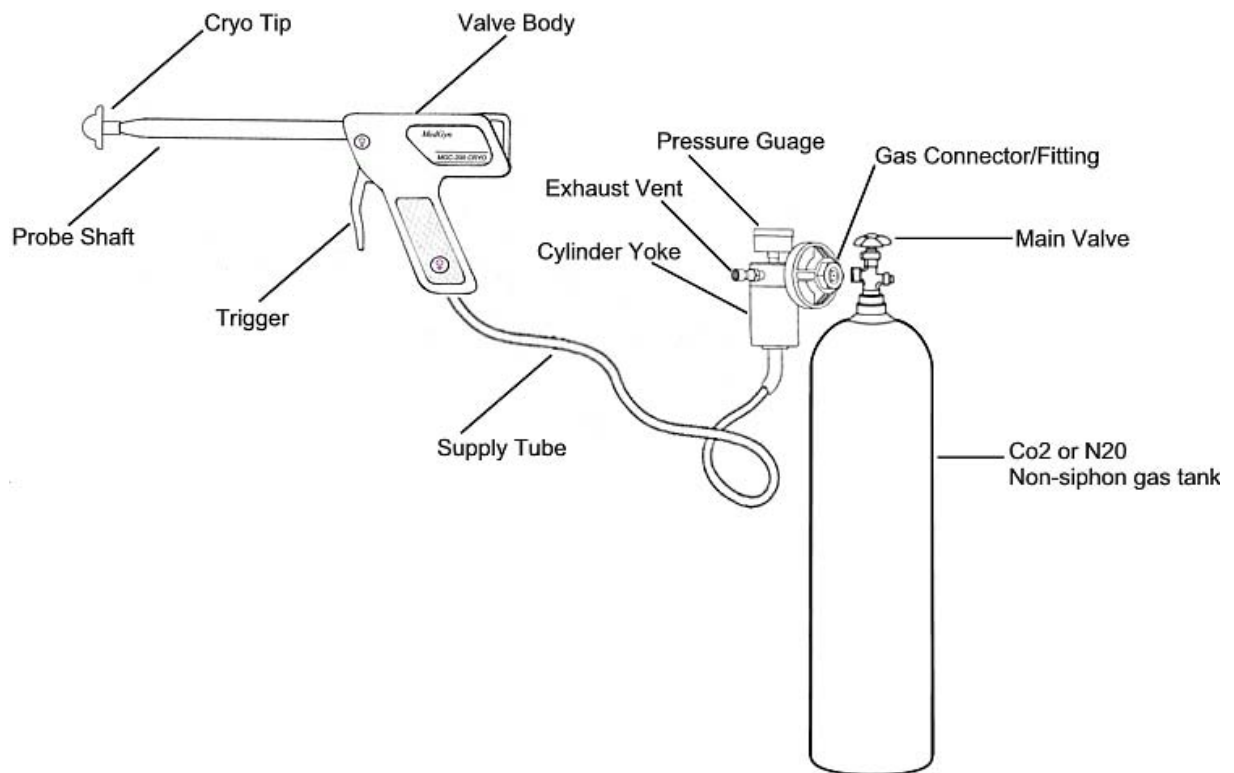
**ICONOGRAPHIE VII: TAG2 au lugol** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



**ICONOGRAPHIE VIII : Cancer micro-invasif du col à l'acide acétique**  
[Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



**ICONOGRAPHIE IX : Cancer micro-invasif du col au lugol** [Fernand Coupez : initiation à la colposcopie]



**ICONOGRAPHIE X : Dispositif de la cryothérapie [43]**



**ICONOGRAPHIE XI : Appareil de la cryothérapie [43]**





**ICONOGRAPHIE XII : Matériel nécessaire pour la réalisation de l'IVA/IVL**



**ICONOGRAPHIE XIII : Réalisation de l'IVA/IVL chez un patiente**



**SERMENT D'HYPPOCRATE**

## **SERMENT D'HYPPOCRATE**

**« En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.**

**Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.**

**Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ».**



## **RESUME**

## Résumé

**Titre :** Connaissances, attitudes et pratiques relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus : le cas des élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat des Ecoles de formation de base de Ouagadougou.

Cette étude s'est réalisée dans le but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude des écoles de formation de base de Ouagadougou relatives aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Elle s'est déroulée du 25 Janvier au 09 Mars 2012 à l'Ecole Nationale de Santé Publique et à l'Ecole Privée de Santé Sainte Edwige à Ouagadougou.

Il s'est agi d'une étude transversale à passage unique. La collecte des données s'est faite grâce à l'administration d'un questionnaire écrit et anonyme. Ce qui nous a permis de mener une enquête auprès de 291 élèves sage-femmes, maïeuticiens et infirmier(e)s d'Etat en fin d'étude dans ces deux écoles.

Le taux de participation était de 57,4%. Respectivement 8,6% ; 10,3% ; 6,5% et 4,1% des élèves avaient une bonne connaissance des facteurs de risque, des signes d'appel clinique, des moyens de diagnostic et des moyens de traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Certains aspects de ces lésions étaient mieux connus des élèves : 75,3% avaient une bonne connaissance de la définition du cancer du col de l'utérus ; 88,7% connaissaient l'intérêt du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ;

le HPV était connu comme l'agent pathogène fortement incriminé dans la survenue du cancer du col de l'utérus par 59,8% des élèves et 50,5% savaient que le mode de transmission de ce virus était sexuel ; 53,3% des élèves connaissaient l'existence des vaccins prophylactiques contre le HPV et 52,2% de ceux-ci connaissaient la population cible de ce vaccin. Le taux de pratique du dépistage par l'IVA/IVL lors des stages cliniques était de 5,1%.

Ces insuffisances indiquent la nécessité d'adapter la formation théorique et pratique des élèves aux exigences de leur future tâche.

**Mots clés :** Connaissances, pratiques, cancer, col de l'utérus, élèves, écoles de formation de base.

**Auteur :** W. Gisèle OUEDRAOGO

**E-mail :** gisleouedraogo@yahoo.com

## Abstract

**Title:** knowledge, attitudes and practices of student midwives, skilled birth attendants and of state nurses at study schools of basic training in Ouagadougou on precancerous and cancerous lesions of the cervix.

This study was conducted to assess knowledge, attitudes and practices of student midwives, skilled birth attendants and of state nurses at study schools of basic training in Ouagadougou on precancerous and cancerous lesions of the cervix. It took place from January 25<sup>th</sup> to March 9<sup>th</sup>, 2012 at the National School of Public Health and at the Private School of Health Sainte Edwige in Ouagadougou. This was a sectional study with one passage. Data collection was done through the administration of a written and anonymous questionnaire. This allowed us to conduct a survey with 291 students composed of midwives, skilled birth attendants, male nurses and nurses of state at endpoint in both schools.

The participation rate was 57.4%. Respectively 8.6%, 10.3%, 6.5% and 4.1% of students had a good knowledge of risk factors, the warning clinical signs, means of diagnostic and the means of treatment of precancerous and cancerous lesions of the cervix. Some aspects of these lesions were better known by the students : 75.3% had good knowledge of the definition of the cancer of the cervix, 88.7% knew the value of screening of precancerous and cancerous lesions of the cervix; HPV has been identified as the pathogenic agent strongly implicated in the occurrence of the cancer of the cervix by 59.8% of the students and 50.5% of them knew that the mode of transmission of this virus was sexual; 53.3% students were aware of prophylactic vaccines against HPV and 52.2% of those students knew the target population for this vaccine. The rate of introduction of screening by VIA / VILI during the training course was 5.1%.

These deficiencies indicate the need to adapt the theoretical and practical training of students to the demands of their future job.

**Keywords:** Knowledge, practice, cancer, cervix, students, schools of basic training.

**Author:** W. Gisèle OUEDRAOGO

**E-mail:** gisleouedraogo@yahoo.com