

Etude Epidémiologique et Clinique des cas du cancer du col de l'utérus soignés à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK) sur une période de 9 ans

PONGI .M. Jackson, NGUMA .M .ALOIS, MBUTUKU

Université Simon Kimbangu, Université de Kinshasa, Chongqing Medical University, Département de Gynécologie- Obstétrique de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa

Abstract— La présente étude rétrospective a été consacrée à l'analyse épidémiologique et Clinique des cas du cancer du col de l'utérus soignés à l'HPGRK sur une période de 9 ans. Il ressort de cette étude que: Sur 19000 consultations, 305 cancers ont été diagnostiqués dont 263 cas pour le cancer du col de l'utérus (86, 2%) et 42 pour les autres cancers (13,8%) *Cette pathologie existe activement dans notre milieu et occupe une place de choix dans les pathologies gynécologiques.* Cette tumeur souvent de découverte tardive frappe par prédilection les patientes de vie modeste provenant des communes populaires, âgées de 36-59 ans et grandes multipares.* La métrorragie, l'hypogastrie et la leucorrhée constituent le symptôme dominant de ces maladies *La prise en charge correcte des maladies est entravée d'une part par l'arrivée tardive de celles-ci, et, d'autre part par le manque des moyens adéquats pour la prise en charge de ces stades avancés.

Index Terms— cancer du col de l'utérus; Kinshasa; Epidémiologie; HPGRK;

Introduction

Le cancer du col de l'utérus a un impact dévastateur sur la santé des femmes, c'est le plus fréquent qui vient en deuxième position après le cancer du sein à l'échelle mondiale^[23] Le cancer du col de l'utérus occupe la troisième place par sa fréquence parmi les cancers gynécologiques de la femme et la huitième place parmi les tumeurs malignes de la femme aux USA ^[19], IL est classé au 2ème rang des cancers de la femme dans les pays en voie de développement alors qu'il n'occupe que le 8ème ou 9ème rang dans les pays développés^[31] Par ailleurs, quelques travaux réalisés aux cliniques universitaires de Kinshasa situent ce cancer au premier rang des cancers gynécologiques observés à Kinshasa^{[23],[29],[31]} Bien qu'il s'agisse d'une maladie curable, le cancer du col de l'utérus pèse encore gravement parce que la prise en charge est tardive à des stades très avancés, ce qui péjore son pronostic, le cancer du col de l'utérus participe encore de manière significative à la mort de la femme aussi bien à l'âge avancé qu'à l'âge de procréer^[23]

En RDC (République Démocratique du Congo), la prévalence des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin n'est pas encore connue, cette information ne peut

être obtenue qu'à partir d'un programme de dépistage systématique et périodique basé essentiellement sur les examens cytopathologique des frottis du col ^[31]

2. Matériel et Méthodes

2.1. Matériel

2.1.1. Lieu et durée de l'étude

Le service d'oncologie du Département de Gynécologie-Obstétrique de l'HPGRK a servi de lieu de recherche pour la présente étude. Le présent travail est une étude rétrospective couvrant une période de 9 ans, soit de l'an 2000 à l'an 2008.

2.1.2. Population d'étude et Critères d'inclusion

L'étude comprend les femmes ayant consulté dans le Département de Gynécologie- Obstétrique à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa et orientées vers le Service d'Oncologie avec le diagnostic de cancer du col de l'utérus.

2.1.3. Sources des Données

Les sources des données ont été constituées à partir des dossiers médicaux (fiches et registres des patientes admises dans le service d'oncologie) ainsi que des cahiers de rapport de garde des infirmiers. En se référant à ces sources des données, on a pu enregistrer 263 dossiers.

2.2. Méthodes

La méthodologie pour la présente étude a connu 3 étapes suivantes:

- 1/ le rassemblement des dossiers des malades
- 2/ l'enregistrement des données sur une fiche de collecte des données
- 3/ l'analyse statistique des données récoltés.

2.2.1. Rassemblement des dossiers des malades

Le rassemblement des dossiers s'est fait de la manière suivante:

-Une partie des dossiers ont été retrouvés au niveau du pavillon 16 d'oncologie et une autre partie au niveau des archives. Nous avons parcouru les fiches de malades, ainsi que les cahiers de rapport de garde des infirmiers du pavillon 16 d'oncologie.

2.2.2. La fiche de collecte des données

Sur les fiches de collectes des données, les paramètres ci-dessous ont été notés pour chaque malade, il s'agit des paramètres socio-démographiques, des paramètres cliniques et para cliniques.

*Les paramètres socio-démographiques

-Age: les âges des patientes présentés en années ont été regroupés par tranches de 5 ans.

-Statut matrimonial: quatre statuts ont été retenus:

***Mariée** (personne en union de mariage reconnu au moins par le mariage coutumier)

***Célibataire** (personne libre d'union conjugale)

***Veuve** (personne qui a perdu son conjoint)

***Divorcée** (personne qui a mis volontairement fin à son union de mariage)

-Parité : les femmes ont été regroupées en:

Nullipare (sans aucun accouchement), Paucipares (parité 1 à 2), Multipares (parité 3 à 5), Grands multipares (parité supérieure à 5)

-Commune d'habitation

*Les paramètres cliniques et para cliniques

-Motif de consultation (manifestation cliniques)

-Stades cliniques de la maladie à l'arrivée

-Types histologiques du cancer

-Traitement administré

-Evolution.

2.2.3. Analyses Statistiques

Les analyses statistiques ont consistés en l'étude des fréquences, des moyennes Arithmétiques ($X = \frac{\sum mifi}{\sum fi}$)

2.2.4. Difficultés Rencontrées

La principale difficulté rencontrée dans la méthodologie a consisté surtout en la carence des données complètes. En effet, le site de l'étude étant un hôpital général dont la vocation primaire est la dispensation des soins et non la recherche, la tenue des dossiers vient après l'aspect soins. C'est ainsi que plusieurs détails ont manqué dans les documents constituant les sources des données. D'autre part, l'étude ayant été rétrospective, elle a connu toutes les faiblesses liées à ce genre de recherche (entre autre la limitation des paramètres à étudier).

3. Résultats

3.1. Fréquence

3.1.1. Fréquence globale du cancer du col utérin.

Pendant la période d'étude, 19000 patientes ont consulté l'HPGRK. Parmi celles-ci, 263 soit 1,38% ont présenté un carcinome du col utérin.

3.1.2. Fréquence du cancer du col utérin par rapport aux autres cancers.

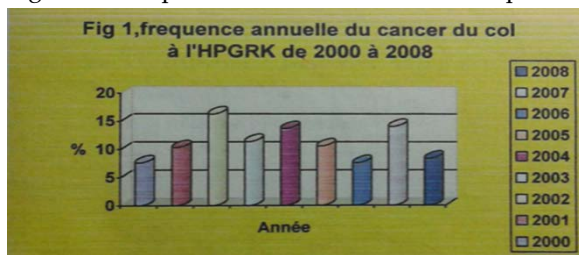
Le cancer du col de l'utérus a été le cancer Gynécologique le plus fréquent de notre étude (86,2%). Il a été suivi par le cancer du sein (7,2%).

Tableau 1. Fréquence du cancer du col utérin par rapport aux autres cancers.

Cancers	Fréquence	Pourcentage
Cancers du col utérin	263	86,2
Cancer du corps utérin	10	3,3
Choriocarcinome	2	0,7
Sein	22	7,2
Ovaire	8	2,6
Total	305	100

La fréquence du cancer du col pendant la période d'étude est de 263 sur 283 cas de cancer génital de la femme soignés au Département de Gynécologie comme le montre le tableau ci-dessus.

Figure 1 : Fréquence du cancer du col utérin par année.



Sur la figure ci-dessus, on Remarque que l'année 2002 a été l'année Durant laquelle on a enregistré la plus grande fréquence de cette pathologie (16,3%).

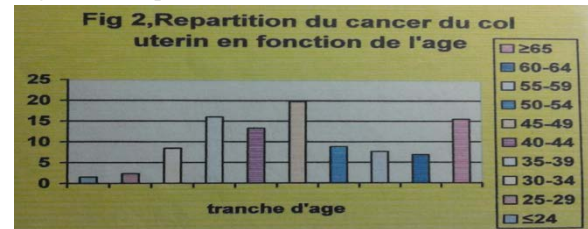
3.2. Profilsocio-démographique

3.2.1. Age des patientes

Les tranches d'âge ayant enregistré le plus de cas du cancer du col utérin ont été celles comprise entre 45-49 ans (19,8%),

35-39 ans (16%) ainsi que l'ensemble des femmes de plus de 65 ans (15%). Il est à signaler que la plus jeune atteinte du cancer du col utérin était âgée de 21 ans avec une parité de 3 et la plus âgée avait 78 ans avec une parité de 5. L'âge moyenne été de ± 48 ans.

Figure 2 : Répartition du cancer du col en fonction de l'Age



3.2.2. Statut Matrimonial

Le tableau ci-dessous montre que les mariées sont beaucoup plus touchés (41,8%) par ce fléau, viennent ensuite les veuves (27,4%); les célibataires ne représentent que 12,2%.

Tableau 2. Répartition du cancer du col utérin en fonction du statut matrimonial.

Etat civil	Fréquence	Pourcentage
Mariée	110	41,8
Célibataire	32	12,2
Veuve	72	27,4
Divorcée	20	7,6
Pas marqué	29	11
Total	263	100%

3.2.3. Parité

Nous n'avons enregistré que 11 nullipares soit 4,2% qui étaient atteintes du cancer du col de l'utérus contre 46 paucipares soit 17,5% ; toutefois, les fréquences les plus élevées ont été observée chez les multipares (37,5%), les grandes multipares (41%) qui, mises ensemble ont réunie presque l'effectif total des patientes soit 78,3%. La parité moyenne a été de 5.

Tableau 3. Parité

Parité	fréquence	%
0	11	4,2
I-II	46	17,5
III-V	98	37,3
>V	108	41

total	263	100%
-------	-----	------

3.2.4. Commune d'habitation (géographie de la ville de Kinshasa)

Le tableau 4 donne la fréquence des cas reçus pour cancer du col de l'utérus à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa en fonction des communes de référence. La majorité proviennent des communes peuplées des personnes des conditions socio-économique basses: Bumbu (8,4%), Masina(7,6%), Kimbanseke(6,8%), Barumbu et N'djili(6,1%), Ngaliema et Kinsenso(4,9%), Selembao (5,7%), on note qu'un seul cas en provenance de la commune de la Gombe commune qui abrite cependant l'HPGRK.

Tableau 4. Communes de la ville de Kinshasa.

Commune	fréquence	Pourcentage
Bandalungwa	10	3,8
Barumbu	16	6,1
Bumbu	22	8,4
Gombe	1	0,4
kalamu	17	6,5
Kasavubu	12	4,6
Kimbanseke	18	6,8
Kinshasa	9	3,4
Kintambo	7	2,7
Kinsenso	13	4,9
Lemba	8	3
Limete	4	1,5
Lingwala	6	2,3
Makala	14	5,3
Masina	20	7,6
Matete	11	4,2
N'djili	16	6,1
Ngaba	6	2,3
Ngaliema	13	4,9
NgiriNgiri	5	1,9
Selembao	15	5,7
Brazzaville	1	0,4
Non marqué	19	7,2
Total	263	100%

3.3. Paramètres cliniques et paracliniques

3.3.1. Motif de consultation

La métrorragie a constitué le symptôme le plus fréquent qui a poussé les malades à consulter (48,2%), la leucorrhée est venue en deuxième position. Dans 11,8% de cas, on a enregistré les symptômes associés. (cfr tableau 5bis)

Tableau 5. Motif de consultation

Symptôme	Fréquence	Pourcentage
Métrorragie	127	48,2
Leucorrhée	60	22,8
Hypogastralgie	30	11,4
Plaie vulvaire	6	2,3
OMI	9	3,4
Symptômes mixtes	31	11,8
Total	263	100%

le tableau 5 bis reprend la fréquence de l'association des symptômes; les associations le plus fréquents ont été : l'hémorragie et l'anurie (32,3%), l'hydrorrhée et l'hypogastralgie (29%), l'hémorragie et les œdèmes des membres inférieurs et l'hypogastralgie(25,8%).

Tableau 5 bis: Symptomatologie mixte

Hydrorrhée + hypogastralgie	9	29%
Métrorragie + hypogastralgie	2	6,5%
Métrorragie +hydrorrhée + leucorrhée purulente	1	3,2%
Hémorragie de contact+ œdèmes des membres inférieurs+ hypogastralgie	8	25,8%
Hémorragie +anurie	10	32,3%
Leucorrhée + hydrorrhée	1	3,2%
Total	31	100%

3.3.2. Stades cliniques

Le tableau 6 ci-dessous montre qu'aucun cas de cancer du col n'a été diagnostiqué au **stade 0 (in situ)**. Seulement 14,4% ont été diagnostiqué au stade I. la majorité des patientes soit 60,5% se sont amenées à l'hôpital aux stades III et IV qui sont des stades très tardifs.

Tableau 6. Stade Clinique du cancer du col utérin

Stade clinique	Fréquence	Pourcentage
0	0	0
I	38	14,4
II	66	25,1
III	66	25,1
IV	93	35,4
Total	263	100%

3.3.3. Types histologiques

Sur 68 biopsies réalisées, on n'a pu retrouver que 27 résultats d'examen histopathologique. L'unique type histologique a été le carcinome épidermoïde.

3.3.4. Traitement

Selon le tableau ci-dessous, la majorité des patientes (50,2%) n'ont bénéficié que d'un traitement palliatif et 37,6% n'ont reçu aucun traitement. Cela veut dire que dans l'ensemble 87,8% de patientes n'ont reçu aucun traitement spécifique. 9,1% ont de la chirurgie seule. Il n'y a eu qu'un seul cas de Radiothérapie et aucun cas d'association Radiothérapie –chirurgie.

Tableau 7 : les traitements administrés aux patientes

Traitement	Fréquence	%
Palliatifs	132	50,2
Chirurgie	24	9,1
Radiothérapie	1	0,3
Chimiothérapie	7	2,7
Rien reçu	99	37,6
Total	263	100%

Tableau 8 : Type de traitement chirurgical appliqué

Type de traitement	Fréquence	%
Hystérectomie Totale	10	41,7
Hystérectomie Totale Radicale	9	37,5
Hystérectomie Totale Radicale Elargie	5	20,8
Total	24	100%

Le tableau ci-dessus détaille le type des traitements chirurgical réalisé.

Pronostic

Le tableau 9 résume le pronostic de maladies soignées pendant la période d'étude. Il s'avère que plus de la moitié de celle-ci soit 56,7 % ont trouvé la mort au cours de l'hospitalisation. Bien que 15 patientes soient sorties vivantes après le traitement chirurgical, aucune information concernant leur survie au-delà de 5 ans n'a été fournie, particulièrement pour les 16 cas opérés entre les années 2000 et 2005.

Tableau 9. Pronostic

Pronostic	Fréquence	%
Sortie après chirurgie	15	5,7
Sortie à la demande de la malade	99	37,6
Décès	149	56,7
Total	263	100%

Discussion

La discussion comprendra la réflexion sur la fréquence du cancer de l'utérus à l'HPGRK, le profil sociodémographique des patientes et leur commune de Résidence, les stades cliniques à l'admission, la prise en charge, et, enfin le pronostic.

*La fréquence de cas du néo du col

La fréquence de 263 cas de cancer du col admis à l'HPGRK en neuf ans est insignifiante par rapport au nombre de cas de cancer cervicaux traité dans d'autre hôpitaux du monde, en dix ans, Dietl et col ont soigné 1312 femmes pour rien que la dysplasie cervical et le carcinome in situ [29].

Le chiffre de 263 cas ne reflète pas le nombre réel de cas de cancer pouvant être admis à cette institution hospitalière, et moins encore la fréquence du cancer du col à Kinshasa. Etant donné que l'HPGRK a une position très bien par sa localisation géographique. C'est – à- dire que le grand nombre de malade fréquente l'HPGRK. Donc ce nombre semble être insignifiant par rapport aux nombres d'afflux que connaît l'HPGRK.

Il a été constaté dans cette étude que le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent (86,2%) des cancers gynécologiques. Cette observation est en accord avec la littérature [23] qui a déjà démontré que le cancer du col utérin occupe en Europe et en Amérique du Nord la 2ème place des cancers gynécologiques (après le cancer du sein) alors que dans les pays en voie de développement comme l'Afrique, il est le chef de file des tumeurs malignes gynécologiques[23], [29]. Notre taux (86,2%) semble être rapproché de celui (78,4%) trouve par MBALA et Col [23], celui (72,9%) observé par NGUMA et Col [29]

*Profil socio-démographique

-Age des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col utérin, une maladie qui apparaît que tardivement classé au 1^{er} rang de pathologie gynécologique par différentes études et travaux réalisés aux cliniques universitaires [23],[29],[31] et classé au 8^{ème}-9^{ème} rang des cancers gynécologiques de la femme dans les pays développés[31]. Et confirmé au 8^{ème} rang de cancer gynécologique de la femme aux USA [19]. Cette pathologie peut se rencontrer à tout âge de reproduction, la plus jeune malade opérée par Robert avait 26 ans, la plus jeune opérée pour cancer du col aux cliniques universitaires de Kinshasa était âgée de 20 ans [29], dans notre étude, la plus jeune malade avait 21 ans et était par 3 avec une grande notion d'avortement tandis que la plus âgée avait 78 ans avec une parité de 5. Les patientes âgées de 35-49 ans avaient été les plus atteintes par le cancer du col utérin dans notre étude avec l'âge moyen \pm 48 ans, et d'après MBALA et Col [23] qui dans leur étude trouve la tranche d'âge 40-59 ans avec l'âge moyen 53 ans semblent la plus touchée par le carcinome du col utérin. Cette observation corrobore l'avis de la littérature [23]. Grâce aux nombreux procédés d'investigation paracliniques qui ont bouleversé la présentation ancienne [16], le dépistage précoce du cancer du col au stade pré Clinique, plusieurs auteurs ont vu l'âge moyen des femmes porteuses de cette affection baisser aux voisinages de 30 ans.

-Parité

La multiparité est classiquement connue comme un facteur par excellence prédisposant au cancer du col [12],[15]. Cela est confirmé aussi par une étude réalisée par MBALA et Col [23]. Notre étude est caractérisée par une fréquence élevée de multiparité (37,5%) et grandes multipares (41%) ayant surtout un niveau socio-économique bas, ce constat n'a fait que confirmer les données de littérature [15],[19],[23],[30].

En effet, on retrouve dans cette catégorie des femmes une association des facteurs favorisant la carcinogenèse du col utérin: le traumatisme répété au niveau du col utérin, l'hygiène génital défectueuse, la précocité des rapports sexuels, les infections à HPV 16 et 18.

Ce pourquoi, il faut un système de dépistage précoce du cancer, d'autant plus qu'il s'agit souvent des femmes jeunes qui doivent encore élever leur enfant en bas âge.

-Statut matrimonial

Notre étude montre que les mariées sont beaucoup plus touchées (41,8%) par ce fléau, viennent ensuite les veuves (27,4%); les célibataires ne représentent que 12,2%. Les femmes mariées sont la plus part de multipares, les célibataires sont des paucipares, cela prouve que les femmes mariées exercent l'activité sexuelle beaucoup plus que le célibataire et pourront encore dire que le HPV est considéré comme une infection sexuellement transmissible qui peut parvenir à la femme mariée soit par son mari d'une part et d'autre part la précocité dans le mariage peut favoriser une infestation précoce à cause de rapport sexuel précoce fréquent.

-Commune de résidence

Il a été constaté au cours de la présente étude que les cas de cancer du col utérin soigné à l'HPGRK proviennent presque de toutes les communes de la ville province de Kinshasa; 21/24 ont été représentées. Les communes qui comptent beaucoup de cas du cancer du col utérin, pour la plupart regroupent la population de vie modeste et d'autre sont ciblées comme des communes chaudes avec une activité sexuelle élevée. Cependant, la proportion des malades présentant le cancer du col utérin a été variable, les communes de Bumbu, Masina, Kimbanseke, représentées respectivement par 8,4%; 7,6%; 6,8% de cas, ont été les communes où le plus grand nombre recruté; suivies des communes Kalamu 6,5%, Barumbu 6,1%, N'djili 6,1% considérées d'une part comme les communes abritant les populations pauvres et à grande promiscuité sexuelle. Les autres communes comme Kinsenso 4,9%, Makala 5,3%, Selembao 5,7% qui sont également réputées comme les communes pauvres à forte promiscuité sexuelle, viennent en 3^{ème} position à cause de la distance qui leur sépare de l'HPGRK.

Cependant, les communes proches telles que Bandalungwa 3,8%, Lingwala 2,3%, Ngiri-Ngiri 1,9% où on enregistre pas forcément les populations pauvres et à forte promiscuité sexuelle viennent en 4^{ème} position. Les communes de Gombe, Limete ne représentent respectivement que 0,4%, 1,5%; ces communes sont considérées comme abritant les personnes de bonne vie.

Cette répartition géographique confirme la notion de la pauvreté et de la promiscuité comme le facteur favorisant du cancer du col de l'utérus.

-Stades cliniques du cancer à l'admission

Durant notre étude, nous avons constaté que la plupart de nos patientes consulte en retard à un stade Clinique très avancé de la maladie (stade II à IV) 85,6%. Le stade IV à lui seul a été retrouvé chez 93 patientes environ 35,4%. S'il faut considérer les stades non opérables du stade II jusqu'au stade IV, on dira réellement que cette pathologie est vraiment de découverte tardive, parce que le stade I recouvre 14,4%.

-Prise en charge du cancer du col utérin à l'HPGRK

Le dépistage précoce de la maladie conditionne son traitement ainsi que son pronostic^[19], il est intéressant de le diagnostiquer à un stade précoce de carcinome intra épithélial ou même de dysplasie.

La plus part de nos malades se sont présentée à un stade très avancé de leur maladie. Comme le soulignent MBALA et Col^[23]. Cet état de chose traduit soit l'ignorance de la population par rapport à l'affection, soit l'inaccessibilité financière aux soins, soit l'absence d'un système d'assurance de santé, le manque d'infrastructure adéquate dans un contexte de pauvreté de notre population^[23].

Selon NGUMA et Col^[29], Nous le savons fort bien que l'épithélioma intra épithélial n'a que rarement de traduction Clinique, le cancer invasif est révéler par des signes cliniques, en particulier métrorragie, hypogastralgie, leucorrhée. Ce pourquoi, devant tout saignement en dehors de menstruation ou chez la femme ménopausée, il faut craindre un cancer du col, établir une démarche diagnostic pour confirmer ou infirmer ce diagnostic.

Parmi les stades cliniques du néo du col, il y a des stades prenables chirurgicalement et d'autre non. Le traitement de choix dans ce genre d'intervention, praticable volontiers chez les femmes jeunes désireuses de maternité, reste la conisation associée à l'électrocoagulation ou l'amputation intra vaginale du col. C'est un traitement conservateur qui exige un bon suivi post opératoire^[29]. La radiothérapie s'applique aux stades précoces de la maladie. D'après NGUMA et Col^[29] et MBALA et Col^[23], les patientes

consultent à un stade très mauvais de leur maladie, cela a un impact sur leur pronostic, et cela est aussi difficile à évaluer, suite que beaucoup de malade sont perdu de vue. Il est connu actuellement que le traitement du carcinome du col utérin repose essentiellement sur l'association chirurgie-radiothérapie, et accessoirement sur la chimiothérapie^[23]. Dans notre milieu où les soins médicaux sont prise en charge par la malade elle-même ou par la famille qui souvent sont démunie des moyens financiers, le traitement d'un cancer du col utérin constitue un vrai calvaire tant pour le personnel soignant par manque d'infrastructure adéquate comme un centre de Radiothérapie, Antimitotiques introuvables ou coutant très chers et pour la malade elle-même par manque des moyens financiers pour accéder aux soins. Cet état de chose est repris en compte par MBALA et Col^[23] dans une étude menée à l'hôpital saint joseph de Kinshasa. La plus part de ces patientes qui généralement arrivent tardivement et souvent à un stade avancé de leur maladie, ne bénéficient que d'un traitement palliatif (50,2%), pour MBALA et Col^[23] (98%) n'ayant aucun effet sur le processus néoplasique.

Par manque de moyen financier de nos patientes d'une part et la peur d'une intervention chirurgicale d'autre part et une manque de la politique de prise en charge du cancer du col de l'utérus, 37,6% de nos patientes retournes à la maison sans suivi, et 56,7% de nos patientes décèdent. Rien que 5,7% qui sont prise en charge, cela montre l'état de la chose pour l'institution hospitalière et le gouvernement de la république qui n'instaure pas une bonne politique dans la gestion et la prise en charge de cette pathologie meurtrière de la femme, cet état de chose montre que le cancer du col est un vrai problème de santé publique.

-Pronostic

Notre étude révèle que le pronostic est mauvais à cause de la fréquence élevée des cas de mort au cours d'hospitalisation. Il est de 56,7%.

CONCLUSION

Au terme de cette étude rétrospective sur une période de 9 ans (allant de l'an 2000 à l'an 2008) consacré à l'analyse épidémiologique et Clinique des cas de cancer du col de

l'utérus soignés à l'HPGRK, les conclusions ci-après peuvent être tirées.

-Le cancer du col de l'utérus constitue le cancer le plus fréquent de la femme à l'HPGRK.

- Le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué en retard et la prise en charge est tardive, ainsi, ce cancer reste une pathologie meurtrière pour les femmes congolaises.

-Le profil de la femme victime du cancer du col de l'utérus est caractérisé par l'âge à la procréation et par l'âge post ménopausique, par la multiparité et par la pauvreté.

-Pour la ville de Kinshasa, les communes qui abritent les personnes à risque sont les communes populeuses et à haute promiscuité sexuelle.

-La prise en charge aléatoire à cause de la consultation tardive par les patientes, les manques d'infrastructures et manque de la politique de dépistage rendent le pronostic de cette pathologie très mauvais.

Bibliographie

1.AUDIBERT.F,CAYOL.V, GYNECOLOGIE(COLLECTION MED-LINE),1998,Editions ESTEM ET MED-LINE PP 53-62

2.BAILLIERE.JB.,L'internat en poche, la revue du praticien.PP 149

3.BAUDET.JH; seguy.B; MALOINE.S.a; Revisionaccélérée en gynécologie Edition paris 27,rue de l'école-de- medecin 7500 B paris 1981

4.BERGERON.C.; COHET.C,COUT de la prise en charge des frottis anormaux et des neoplasies intra epitheliales du col de l'uterus en France.BEH 2007

5.CAYOL.V;Gynécologie collection HERMES. Editions Vernazobres-greg. PP 55

6.CREASMAN. WT, New gynécologic cancer staging,Gynecoloncol,1995. PP 58-157-158

7.DANDADVINO.AH; Guide familial des maladies copyright Roger medie,2001(portail santé)

8.DUPART.N; Donneesepidemiologiques sur le cancer du col de l'uterus/ etat des connaissances .Saint Maurice; In VS; 2006

9.Encyclopediemedical-medix

10.GIRAUD.JR;BREMONT.A.;ROTTEN.D.; Gynécologie 2eme edition revue et augmentee. 1993. Editions MASSON. PP 96-106

11.GIRAUD.JR.,BREMONT.A.,ROTTEN.D.,Pratic therapeutiqueMedico-chirurgical (2eme edition Revue et Augmentee). 1997, Editions ESTEM.PP 134-135

12. GIRAUD.JR.,BREMONT.A.,ROTTEN.D.,POULAIN.P., Gynécologie (connaissance et pratique) 2002,4eme editionentierementrefondue,Editions MASSON Paris PP 83-86

13. Guide des cancers (association contre le cancer) place de samedi, 13 B-1000 Bruxelles

14. HEDAN.B., DARGENT.D., MADELENAT.P., FRYDMAN.S., Gynécologie (université francophone) © Edition MARKETING/ELLIPSES 1998. PP 150-162

15.KHALIFA.P., Manuel de Therapeutique collection inter-med. 2001. Edition VERNAZOBRES-GREGO.PP 11-13

16. LAMBOTTE.R., Pathologie Gynécologique (université de LIEGE/faculté de Médecine) AREM. 2eme doctorat en Médecine. 1995. PP 215-226

17. LANSAC.J., LECOMPTE.P., MARRET.H.,Gynécologie (pour le praticien) 2002,6eme edition. Editions MASSON Paris PP84-98

18. Larousse Medical. © Larousse/VUEF 2003 pour la presenteeedition. Page 1089-1090

19. Le manuel MERCK 3eme Edition francais (édition du centenaire)©1999. PP 1938-1942

20.LETELLIER.G., Guide des épreuves diagnostiques, université LAVAL, Editions MALOINE. PP. 104,149,326.

21. Manuel d'anatomie et physiologie humaine 7eme éditionde introduction to the humanbody 2009, Edition des renouveau pedegogueinc PP 66,568

22. MARALDO.P., BERTET.R., La santé au féminin pour les Nuls. FIRST Edition. PP 195-198
23.
MBALA,NGUMA.M.,MBANZULU.,NEMBUNZU.,NSIAT A.,EKBONDU.,EMPA,le cancer du col uterin a l'hopital Saint-joseph: aspects cliniques,epidemiologiques et therapeutiques.(21) Congo medical,4(1).2005,PP 32-37
- 24.Medix cours de medicine (2009) www.medixdz.com
- 25.LeMedical Tome IV. Euro comptoirs igb. Page 48 IstitutoGraficoBertello (italie)
26. MONSONEGO.J., infection a papilloma virus Etat des connaissances, Pratiques et Prevention Vaccinale ,2006, Edition Springer.
27. NIZARD.J., Cancerologie, la conference Hippocrate, Edition concours medical © 1998. PP 78-87
28. NIZARD.J., Gynecologie, conferenceHippocrate,Edition du concours medical 37 eme rue de belle fond 75009 paris © 1998. PP 74-83
29. NGUMA.M., Esomya.N., Luhete.K.,Kia.N., Kinkenda. Epidemiologie du cancer du col aux cliniques universitaires de Kinshasa sur uneperiode de 10 ans. Ann. Med. Pharm., 1978, (1), PP 75-80
30. NGUMA.M., Oncologie gynecologique (syllabus de cours)universite de Kinshasa,Edition issa blaise multimedia 2007.
31. PRAET.M., ZINGA.B., SENGEYI.D., LOKOMBA.V., MUKAMINA.L., NDARABU.A., KAYEMBE.NN., TSHILOLO., MUKUMBI., Diagnostic des dysplasies cervicales associeesa l'infection a VIH: perte d'efficacite de la cytology conventionnelle. Annales africaines de medicine, 2008 (3), PP 22-30
32. PETIGNAT.P., ROY.M., Diagnostic and Management of cervical cancer; 2007,BMJ.PP 335,765-768
33. VINCENT.D., BAYROU.O., CHAPELON-ASRIC.C., TERLAUD.C., Vademecum du diagnostic 2eme edition mise a jour et enrichie. <http://www.mmiedition.com> une publication du groupe MASSON edition 2001. PP138-140
34. ZAGURY.G.,Medi-Memo XL 1234 Mots, astuces et expressions Mnemotechniques pour la pratique et les etudesMedicales .2001. Edition ESTEM
35. ZAGURY.G., SERFATY.JM, SORIA.JC.,etSPANO.JP,Cancerologie,Med express. 2000. Editions ESTEM.PP 60-62