

**LES FROTTIS CERVICO-UTERINS DE DEPISTAGE A L'UPFR ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHU-JRA, ANTANANARIVO**  
*PAP SMEAR SCREENING AT THE PARACLINICAL TRAINING AND RESEARCH OF SURGICAL AND CYTOLOGY PATHOLOGY UNIT OF CHU-JRA, ANTANANARIVO*

RANAIVOSON HVR<sup>1</sup>, RANAIVOMANANA VF<sup>1</sup>, ANDRIANJAFITRIMO HT<sup>1</sup>,  
RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA NS<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>: UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU-JRA

<sup>2</sup>: Faculté de Médecine d'Antananarivo

**RESUME**

**Introduction:** Le cancer du col de l'utérus est une pathologie grave qui peut être en grande partie évitée, il représente dans le monde l'une des principales causes de décès par cancer chez la femme.

**Méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique des Frottis Cervico-Utérins (FCU) analysés à l'Unité Paraclinique de Formation et de Recherche en Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (UPFR ACP du CHU-JRA), sur une période de 4 ans, allant de Janvier 2015 au Décembre 2018.

**Résultats:** Nous avons recensé 931 cas de FCU. L'âge moyen des patientes était de 45.2 ans avec des extrêmes de 18 à 81 ans. Le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge de [41 – 50 ans]. Le motif d'examen était des métrorragies dans 21,16% (n=197) et un dépistage systématique dans 17,51% (n= 163). Les FCU étaient normaux dans 64,45% (n=600) des cas. Les lésions précancéreuses représentaient 35% (n=326) des cas et les cancers 0,5% (n=5) cas avec une prédominance des lésions de type Atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'éliminer une lésion de haut grade (ASCH) dans 15,04% des cas (n=140). Les contrôles après FCU ont été honorés dans 33,3% (n=50) et les biopsies dans 32,6% (n=59). Sur les 15 lésions ASCH ayant bénéficié d'une biopsie, 7 cas ont révélé un carcinome épidermoïde infiltrant.

**Conclusion:** L'effectif de FCU réalisé dans le service est encore faible. Le FCU est une démarche de prévention secondaire universellement jugée comme efficace et déjà effective dans la plupart des pays développés.

**Mots clés :** cancer, col, cytologie, dépistage, frottis, métrorragie.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Cervical cancer is a pathology that can be largely prevented; it is one of the leading causes of cancer deaths worldwide in women.

**Methods:** This is a retrospective, descriptive and analytical study of Pap smear analyzed at the Paraclinical Training and Research of Surgical and Cytology Pathology Unit of Joseph Ravoahangy Andrianavalona University Hospital Center, Antananarivo (UPFR ACP of the CHU- JRA), over a period of 4 years, from January 2015 to December 2018.

**Results:** We have collected 931 cases of Pap smear. The average age of the patients was 45.2 years with extremes of 18 to 81 years. The peak frequency was in the age group [41 - 50 years]. The reason for examination was metrorrhagia in 21.16% (n = 197) and systematic screening in 17.51% (n = 163). Pap smears were normal in 64.45% (n = 600) of the cases. Precancerous lesions accounted for 35% (n = 326) of cases and cancers 0.5% (n = 5) with a predominance of Atypical Squamous Cells cannot exclude High grade lesion (ASCH). ) in 15.04% of cases (n = 140). Controls after Pap smear were honored in 33.3% (n = 50) and biopsies in 32.6% (n = 59). Of the 15 ASCH lesions that received a biopsy, 7 cases revealed invasive squamous cell carcinoma.

**Conclusion:** The number of Pap smear in our unity is still small. The Pap smear is a secondary prevention approach universally considered effective and already effective in most developed countries.

**Keywords:** Cancer, cervix, cytology, screening, Pap smear, metrorrhagia

**INTRODUCTION:**

Le cancer du col utérin est un problème majeur de santé publique et se situe au 4<sup>ème</sup> rang des cancers féminins [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la mortalité par cancer de l'utérus représente 29,1 % des cas à Madagascar en 2014 sur 6 100 décès par cancer [2]. Le dépistage par Frottis Cervico-Utérin (FCU) permet de prendre en charge les lésions aux stades précancéreuses et de ce fait, de diminuer la gravité et la mortalité dues à cette pathologie. Les FCU ont une place primordiale dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, autant dans son diagnostic que dans sa prise en charge. Face à cette situation préoccupante pour la santé des femmes, nous avons choisi de mener une étude ayant comme objectif général d'évaluer la pratique du FCU à l'Unité Paracliniques de Formation et de Recherche d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (UPFR d'ACP du CHU-JRA).

**MATERIELS ET METHODES:**

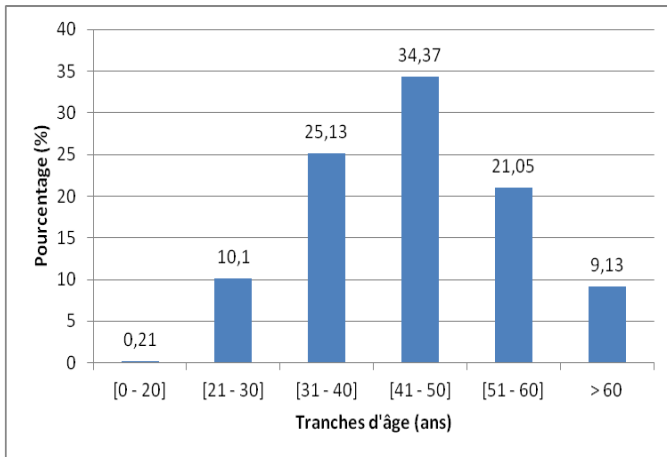
Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA sur une période de 4 ans. Tous les frottis qui ont rempli les critères de satisfaction de la classification du Système de Bethesda (TBS) 2001 et qui ont respecté les critères de classification de TBS 2015 ont été inclus. Les prélèvements

cytologiques autres que les FCU ne sont pas inclus dans l'étude. Les critères d'exclusion sont le non remplissage des critères de satisfaction du TBS 2001 et le non-respect des critères de classification du TBS 2015. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le motif de dépistage, les résultats du FCU selon la classification de Bethesda 2015, les résultats histologiques, la conduite à tenir effectuée selon les résultats. Nous avons utilisé le logiciel Excel 2010 pour le recueil des données et une analyse statistique a été faite sur un logiciel R 2.9, avec le test de régression logistique

**RESULTATS:**

Durant la période d'étude, nous avons recensé 931 cas de FCU. L'âge moyen des patientes était de 45.19 ans avec des extrêmes de 18 à 81 ans. Le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge de [41 – 50 ans] (Figure 1). La métrorragie était le motif de dépistage dans 21,16% (n=197) et le nombre de patientes venues pour un examen systématique était de 17.51% (n= 163) (Tableau II). Les FCU normaux représentaient 64,45 % (n=600) des cas. Les lésions précancéreuses étaient observées dans 35% (n=326) avec une prédominance des lésions de type ASCH dans 15,04% des cas (n=140) et les cancers dans 0,5% (n=5). Le contrôle après FCU a été honoré dans 33,3% (n=50) et les biopsies dans 32,6% (n=59) (Tableau IV). Parmi les lésions ASCH, un carcinome épidermoïde infiltrant a été diagnostiqué dans 7 cas.

**Correspondance:** Docteur RANAIVOSON Haingo  
UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU-JRA  
Tél: +261 33 12 070 81  
E-mail: mahaingo@yahoo.fr



**Figure 1:** Répartition des patientes selon les tranches d'âge  
(Figure 1: results according to age)

Motif de dépistage	Nombre	%
Métrorragie	197	21,16
Examen systématique	163	17,51
Leucorrhées	137	14,72
Contrôle	123	13,21
Autres*	116	12,46
Association de deux ou plusieurs symptômes	85	9,13
Douleur	77	8,27
IVA positive ou douteuse	22	2,36
Lésion suspecte	11	1,18
<b>TOTAL</b>	<b>931</b>	<b>100</b>

autres\* : Prurit vaginal, dyspareunie, fibrome utérin,...

**Tableau I:** Répartition des patientes selon le motif de dépistage

Table I: Results according to clinical symptoms

Résultats	Nombres	(%)
NILM <sup>1</sup>	600	64,45
ASCH <sup>2</sup>	140	15,04
ASCUS <sup>3</sup>	72	7,73
ACG SAI <sup>4</sup>	44	4,73
LSIL <sup>5</sup>	34	3,65
HSIL <sup>6</sup>	25	2,69
ACG <sup>7</sup> en faveur d'un néoplasme	11	1,18
Evocateur d'un carcinome	3	0,32
Evocateur d'un adénocarcinome	2	0,21

<sup>1</sup>Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou pour la malignité

<sup>2</sup>Atypical Squamous Cells can not exclude HSIL

<sup>3</sup>Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

<sup>4</sup>Atypies des Cellules Glandulaires Sans Autres Indications

<sup>5</sup>Low grade Squamous Intraepithelial Lesion

<sup>6</sup>High grade Squamous intraepithelial Lesion

<sup>7</sup>Atypies des Cellules Glandulaires en faveur d'un néoplasme

**Tableau II :** Répartition selon les résultats  
Table II: Repartition according to cytological results

Conduite à tenir (TBS 2001)	Demandées	Effectuées	Non Effectuées
	(n=331)	(n=109)	(n=222)
Contrôles	150	50	100
Biopsies	181	59	122

**Tableau IV:** Répartition des patients selon le respect de la conduite à tenir

Table IV: Répartition according to respect of management care

## DISCUSSIONS:

Dans les pays en développement, le cancer du col touche en

Résultats	Tranches d'âge					
	[0 -20] n= 2	[21 - 30] n= 94	[31- 40] n= 234	[40 - 50] n= 320	[50 à 60] n= 196	≥ 60 n=85
NILM	1	66	161	195	124	53
ASCH	0	9	31	49	37	14
ASCUS	0	7	16	30	13	6
ACG SAI	0	3	6	23	8	4
LSIL	1	8	13	7	5	0
HSIL	0	0	5	7	6	7
ACG évocateur d'un néoplasme	0	1	2	6	1	1
Evocateur d'un carcinome	0	0	0	2	1	0
Evocateur d'un adénocarcinome	0	0	0	1	1	0

**Tableau III :** Corrélation entre âge et résultats cytologiques  
Table III: Correlation between age and cytological result

Cytologie Histologie	ASCH n= 29	HSIL n= 15	Carcinome n= 2	ACG en faveur d'un néoplasme n= 12	Adénocarcinome n= 1
Cervicite	15	0	0	7	0
Condylome	3	3	0	1	0
CIN 1*	2	0	0	1	0
CIN 2**	2	0	0	0	0
Carcinome in situ	5	5	0	0	0
Carcinome infiltrant	1	7	2	0	0
Atypies glandulaires	1	0	0	3	0
Adénocarcinome	0	0	0	0	1

p value = 0,0175

\*Cervical Intraepithelial Neoplasia grade 1

\*\*Cervical Intraepithelial Neoplasia grade 2

**Tableau V:** Corrélation entre résultats cytologiques et histologiques  
*Table V: Correlation between cytological and histological results*

particulier les femmes les plus pauvres et les plus vulnérables, on estime que seules 5 % des femmes ont passé un test de dépistage [3]. Le faible taux de dépistage pourrait être du à la méconnaissance du dépistage. Dans notre étude, les femmes venues pour un examen systématique ne représentaient que 17,51% de nos cas. À ce jour, la plupart des pays européens recommandent le dépistage précoce entre l'âge de 20 à 25 ans jusqu'à 60 à 65 ans [4]. Bennis S et al ont trouvé dans leur étude un âge moyen de 39,6 ans des patientes au moment du dépistage avec des extrêmes de 18 et 79 ans, le pic de fréquence se situait entre 35 à 50 ans [5]. Durant notre étude, l'âge moyen des patientes au moment du FCU était plus élevé, 45,19 ans. Ceci signifie que les recommandations dans un dépistage précoce ne sont pas encore suivies dans notre pays. Le pic de fréquence chez nos patientes se situait dans la tranche d'âge [41 – 50 ans] (Figure 1) car les personnels de santé ne prescrivent un FCU que devant des signes alarmants. Selon Duggan et al, il existe des signes faisant déjà évoquer des lésions cancéreuses dont la tranche d'âge de prédilection se situe entre 45 – 50 ans [6]. La métrorragie fait partie de ces signes. Selon Brun et al [7], devant toute femme en activité génitale qui saigne en dehors des règles, des examens cytologiques par frottis sont recommandés pour éliminer un cancer du col de l'utérus. Dans notre série, la métrorragie constituait 21,16% des motifs de prescription de FCU. Pour la corrélation entre âge et résultats, la survenue de lésions précancéreuses se voit généralement une à deux décennies avant l'apparition d'une lésion invasive [6]. Pour Bennis S et al, les cas suspects atteignent surtout les femmes entre 35 à 50 ans, puis baisse au-delà de cet âge [5]. Dans notre étude, les lésions précancéreuses prédominaient dans des tranches d'âge de [40 – 50 ans] comme ASCH (n=49, soit 5,3% de tous les FCU). Une étude effectuée au Cameroun [8] évalue la prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses à 7,9%. Dans les pays développés comme la France, depuis 1994, les auteurs rapportent des taux de lésions cervicales précancéreuses de l'ordre de 1% [9]. En 2005, selon une étude menée par l'ORS (Observatoire Régionale de Franche-Comté), ce taux est de 2,6 % [10], une augmentation en relation avec l'augmentation du taux de dépistage. La prévalence de ces lésions dans notre étude est large-

ment supérieure à celle retrouvée dans la littérature avec 35% (n=326) de lésions précancéreuses et 0,5 % (n=5) de lésions cancéreuses. Quant à la prévalence de chaque de type de lésion, une étude menée par le Centre de Regroupement Informatique et Statistique de données d'Anatomocytologie en Île-de-France (CRISAPIF) [11] a révélé une prévalence élevée des lésions de type ASCUS de l'ordre de 43,6%. Alors que dans notre série elles ne représentaient que 7,73 % des cas et celle d'ORS dans 7,1 % [10]. A l'opposé, des lésions de type ASCH ont été trouvées dans 15,04 % des frottis lésionnels dans notre étude mais elles étaient de 5,1% pour CRISAPIF [11] et de 1,4% pour l'ORS [10]. Ces différences pourraient être expliquées par le fait que l'appréciation des anomalies morphologiques est subjective car elle varie d'un observateur à un autre, mais aussi par la présence de facteurs favorisants variables d'un pays à un autre. D'après les recommandations de TBS en 2001 [12] pour chaque type de lésion, une conduite à tenir spécifique doit être effectuée. Dans notre étude, seules 32,6 % de celles à qui on a recommandé un FCU de contrôle l'ont fait et 33,3 % de celles orientées pour une biopsie l'ont effectué (cf Tableau IV). Nous constatons que la plupart de nos patientes ne suivent pas les recommandations qu'on leur demande. Des problèmes financiers, des pertes de temps pour les va-et-vient et une mauvaise coordination entre les services médicaux pourraient être les causes de ce non respect des recommandations. Pour la corrélation des résultats cytologiques et histologiques, parmi les patientes à qui on a demandé une biopsie (n= 181), seules 51 l'ont effectué (cf Tableau IV).

- Pour la lésion ASCH : d'après Zerat L [13], au moins la moitié des frottis ASCH correspondent à un CIN 2 ou 3, alors que 32 % correspondent à des aspects de métaplasie malpighienne immature, à des phénomènes de régénération de l'épithélium ou à un épithélium atrophique. Cela relève de la difficulté, dans certains cas de savoir, si une petite cellule malpighienne basale immature est dysplasique ou non. Dans notre série, parmi les 29 cas de lésions ASCH biopsiées : 15 cas révélaient des cervicites, 3 un condylome, 2 un CIN 1, 2 un CIN 2, 5 un carcinome in situ, 1 un carcinome infiltrant et 1 un cas d'atypies glandulaires.

Plusieurs éventualités pourraient expliquer les discordances entre lésions cytologiques de haut grade et les résultats histologiques [13]:

La biopsie n'a pas intéressé la lésion : il faut savoir que les CIN de haut grade sont souvent associés à des zones de métaplasie immature pouvant avoir des aspects colposcopique identiques. Plusieurs biopsies étagées sont conseillées pour une meilleure fiabilité.

La lésion est non vue en colposcopie : il s'agit d'une zone de jonction non vue ou de lésions hautes situées dans le canal endocervical. Il est inutile de faire une biopsie car elle peut être faussement rassurante.

La lésion est vaginale : certains frottis cervicaux peuvent montrer des anomalies à localisation vaginale

La lésion a régressé : c'est une possibilité à envisager si la biopsie est réalisée tardivement, comparativement au frottis. Les CIN 2 et 3 peuvent régresser même si cette régression spontanée est beaucoup moins fréquente que pour un CIN 1 [13].

- Pour HSIL, selon Zérat L [13], la spécificité peut être qualifiée de très bonne car l'histologie montre un CIN 2/3 dans 72 % des cas, un carcinome épidermoïde infiltrant dans 4 %, des CIN 1 dans 12 %. Dans ce dernier cas, la discordance pourrait être expliquée par une biopsie qui n'a intéressé qu'une zone avec un CIN 1. Ce qui renforce la nécessité d'effectuer plusieurs biopsies dans les différentes zones du col. Dans notre série, les cas de HSIL correspondaient dans 5 sur 15 cas à un carcinome in situ, 7 à un carcinome épidermoïde infiltrant et 3 à une lésion condylomateuse.

- Pour les atypies glandulaires en faveur d'un néoplasme, 3 sur 12 ont évoqués une atypie glandulaire à l'histologie, 7 cas une simple cervicite, 1 un CIN 1 et 1 une lésion condylomateuse.

- Pour les cas évocateurs de carcinome épidermoïde et d'adénocarcinome, la correspondance était de 100 %.

Un respect des recommandations dans la conduite à tenir en cas de lésion devrait être encouragé. Ceci permet d'éviter une conisation ou une hystérectomie totale inutile.

## CONCLUSION

L'effectif des FCU réalisés à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques est encore très faible. Ce sont surtout les femmes dans la tranche d'âge de [40 – 50 ans] qui ont bénéficié de FCU dans notre série. La métrorragie était le signe d'alarme le plus fréquemment mentionné incitant les médecins ou les femmes à faire un dépistage. Les lésions précancéreuses qui prédominaient dans notre étude étaient des ASCH (n=140) représentant 15,04 % de toutes les lésions précancéreuses.

## REFERENCES:

- [1]Greenlee R, Hill-Harmon Mb, Murray T, Thun M. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2000 Jan-Feb ; 51 (1) : 15-36.
- [2]Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dernières statistiques mondiales sur le cancer : Communiqué de presse. OMS. 2014 ; 223.
- [3]Mahdaoui E. Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du sein et du col utérin aux préfectures médicales de rabat et Skhiat Témara. [Mémoire]. Administration sanitaire et santé publique : Rabat ; 2012 : 9.
- [4]Haute Autorité de la Santé (HAS). Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS. Juillet 2010 :1-4
- [5]Bennis S, Meniar S, Amarti A, Bijou A et al. La place du frottis cervico-vaginal dans le diagnostic du cancer du col utérin au Maroc, région Fes-Bouleman. East Medit Health J. 2007 ; 13. (5).1155.

- [6]Duggan MA. A review of the natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Gan To Kagaku Ryoho. 2002; 29 (1):176-93.
- [7]Brun JL, Dallay D. Hémorragie génital de la femme après la puberté, orientation diagnostique. Rev Prat. 2000 ; 50 : 1931-6.
- [8]Tebeu PM, Sandjong I, Nkele N, Fokoua S, Achu P, Kouam L, et al. Lésions précancéreuses du col utérin en zone rurale : étude transversale. Méd Afr N. 2005 ; 52 (1).
- [9]Raffle AE, Alden B, Mackenzie EF. Detection rates for abnormal cervical smears: what are we screening for? Lancet. 1995; 345(8963):1469-73.
- [10]Observatoire Régionale de la Santé (ORS) de la santé Franche-Comté. Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs. Institut National de Veille Sanitaire (INVS). 2005.
- [11]Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassale M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancer du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ilede-France, enquête Crisap, 2002. BEH 2005; (2)
- [12]Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. Jama. 2002; 287 (16):2114-9.
- [13]Zérat L. Col utérin : corrélations cyto-colpo-histologiques. Gynécologie pratique. 2005 ; 173:4.