

Adénocarcinome du col utérin au Gabon : caractéristiques clinico-pathologiques d'une série des cas
Adenocarcinoma of the uterine cervix in Gabon: clinico-pathological characteristics of serial cases

Dadou Lokengo Likonza¹, Corinne Engohan – Aloghe², Stéphane Bigoundou-Nzamba², Rose Revignet², Barthélémy Mabika Mabika^{†3}

Correspondance

Corinne Engohan-Aloghe
Courriel : coengohan@yahoo.fr;
Mobile :+ 241 065867960

Summary

Context and objective. Little has been published on cervical adenocarcinoma, especially in Africa. The objective of the present study was to describe the clinical, pathological and follow-up aspects of this cancer in Gabon, then to evaluate the reproducibility of the invasion pattern (IP) in order to improve the therapeutic choice. *Methods.* It was a series of histologically confirmed cases of cervical adenocarcinoma over 8 years. Clinico-pathological data and follow-up information were collected from medical records. 3 pathologists evaluated the IP of each case and then the reproducibility was carried out. *Results.* Of the 378 cases identified, 16 were selected. The average age was 57 years. The women were large multiparous (68.7 %), consulted for metrorrhagia (87.5%), had an advanced clinical stage (62.5 %) and evolution was often unfavourable (81.25%). Endocervical type and intermediate grade were the most frequent. The level of concordance of the IP was low (28.6 %). *Conclusion.* Adenocarcinoma of the uterine cervix in Gabon occurs in young, multiparous women, is diagnosed late and has a poor outcome, hence the interest of prevention. In addition, the reproducibility of the IP should be re-evaluated by additional studies.

Keywords : adénocarcinoma- clinico pathological aspects- uterine cervix Gabon

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i1.12>

Received: May 10th, 2022

Accepted: November 11th, 2022

1 Département de Biologie Médicale, Université du Québec à Trois Rivières, Québec, Canada

2 Institut de Cancérologie de Libreville, Département de Biologie des tumeurs et d'Anatomie Pathologique, Libreville, Gabon

3 Faculté de médecine de Libreville, Département d'anatomie pathologique et embryologie, Libreville, Gabon

† *in memoriam* (en 2021)

Résumé

Contexte et objectifs. L'adénocarcinome du col utérin a fait l'objet de peu de publications notamment en Afrique. L'objectif de la présente étude était de décrire les aspects cliniques, pathologiques et évolutifs de ce cancer au Gabon puis d'évaluer la reproductibilité du pattern d'invasion (PI) afin d'améliorer le choix thérapeutique. *Méthodes.* Il s'agissait d'une série des cas d'adénocarcinomes du col utérin confirmés histologiquement en 8 ans. Les données clinico-pathologiques et le suivi ont été enregistrés à partir des dossiers médicaux. 3 pathologistes ont évalué le PI de chaque cas puis, la reproductibilité a été réalisée. *Résultats.* Sur les 378 cas recensés, 16 ont été retenus. Leur âge moyen était de 57 ans. Les femmes étaient de grandes multipares (68,7 %) et ayant consulté pour des métrorragies (87,5 %). Elles étaient récués à un stade clinique avancé (62,5 %) et l'évolution était défavorable dans 81,25 % des cas. Le type endocervical et le grade intermédiaire étaient les plus fréquents. Le niveau de concordance du PI était faible (28,6 %). *Conclusion.* L'adénocarcinome du col utérin au Gabon survient chez la femme d'âge jeune, grande multipare, est de diagnostic tardif et d'évolution péjorative d'où l'intérêt d'assurer un dépistage précoce et une prévention. Par ailleurs, la reproductibilité du PI devrait être réévaluée par des études supplémentaires.

Mots-clés : adénocarcinome- aspects clinico-pathologiques- col utérin-Gabon

Reçu le 10 mai 2022

Accepté le 11 novembre 2022

Introduction

Le cancer du col de l'utérus représente le deuxième cancer féminin dans le monde en terme d'incidence et de mortalité avec, selon l'estimation Globocan en 2018, 570 000 nouveaux cas par an dans le monde entraînant 311 000 décès au cours de la même année (1). En Afrique, il est le cancer le plus fréquent et la première cause de mortalité chez la femme (1-2). En effet, selon la même source les régions où l'incidence et la mortalité demeurent les plus élevées sont les pays d'Afrique et en Afrique Centrale il représente plus de 12 000 nouveaux cas par an avec 9 400 décès (78,3 %) à la fin de la même année (1).

Au Gabon, ce cancer est considéré comme un problème de santé publique, et selon le registre du cancer de l'Institut de Cancérologie (ICL), il occupe le deuxième rang après le cancer du sein (données non publiées). L'infection persistante par les souches oncogènes du virus Papillomavirus Humain (HPV) est reconnue comme la cause majeure de ce cancer (1-6). D'autres facteurs ont été décrits comme favorisant tels que la multiparité, l'obésité (1, 3, 6-7) ainsi que les infections sexuellement transmissibles (ISTs) en particulier l'infection au VIH principalement dans les pays en voie de développement (1,8).

Si parmi les 2 types histologiques les plus fréquents, le carcinome épidermoïde a fait l'objet de nombreux travaux publiés avec un management thérapeutique bien établi, il n'en est pas de même pour l'adénocarcinome qui pourtant voit son incidence augmenter à travers le monde (1, 4, 7,9). Ainsi, le traitement de l'adénocarcinome du col utérin est basé sur la taille tumorale et la profondeur d'invasion justifiant la difficulté du choix thérapeutique notamment pour les cancers au stade débutant (I A) pour lesquels un traitement conservateur peut être indiqué. Cette difficulté est en partie liée à l'estimation de la profondeur d'invasion par le pathologiste qui peut s'avérer être difficile lorsque les prélèvements ne sont pas orientés ou peu représentatifs ou que la surface de la muqueuse est abrasée. Pour ces raisons, une nouvelle classification basée sur le pattern plutôt que sur la dimension de la composante invasive a été proposée en 2013 par l'équipe de Silva (10) dont la description est reprise dans le tableau 1. Des équipes se sont donc intéressées à ce système de classification et ont pu retrouver une bonne reproductibilité entre pathologistes concernant le pattern d'invasion (PI) mais ont jugé que d'autres travaux étaient nécessaires pour valider l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patientes.

Au Gabon, une seule étude a été publiée sur la place du dépistage dans le cancer du col utérin (11). Ainsi, la présente étude s'est fixée les objectifs de décrire 1°) la situation de l'adénocarcinome du col de l'utérus au Gabon en rapport avec ses aspects clinico-pathologiques, sa prise en charge thérapeutique ainsi que son évolution et, 2°) la reproductibilité du PI de la méthode Silva entre pathologistes gabonais.

Méthodes

Conception, cadre et période de l'étude

Il s'est agi d'une série des cas documentaire menée à l'Institut de Cancérologie de Libreville (ICL) couvrant une période de 6 ans allant de janvier 2012 à décembre 2018. L'ICL est l'unique centre oncologique du Gabon et est situé à Akanda, en périphérie de la capitale.

Critères de sélection

Ont été inclus dans ce travail tous les cas d'adénocarcinome du col utérin enregistrés à l'ICL et confirmés par un examen histologique.

Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patientes et enregistrées confidentiellement dans le respect des règles de confidentialité et d'anonymat. Il s'agissait notamment de données cliniques (telles que l'âge, les antécédents personnels, l'indice de masse corporelle (IMC), de la conduite thérapeutique et de l'évolution. Nous avons défini comme délai de suivi, la période entre la date du diagnostic et la date de la dernière consultation.

Concernant les aspects anatomo pathologiques, les paramètres d'intérêt étaient l'analyse macroscopique (taille du prélèvement reçu), le sous-type histologique, le grade et la présence éventuelle d'embolies lympho-vasculaires.

L'évaluation de la reproductibilité de la classification des adénocarcinomes endocervicaux selon le PI a été réalisée en comparant les résultats de 3 pathologistes (MMB, EAC et BNS) lesquels ont procédé à une re lecture des lames de façon séparée. Cette classification en pattern s'est appuyée sur les différents critères du système de classification de l'équipe de Silva (10) tels que décrit dans le tableau 1 : le pattern A correspondait à des glandes bien définies sans contingent solide, sans invasion stromale et sans invasion lympho-vasculaires. Le pattern B incluait les cas avec une invasion stromale débutante par des glandes sans contingent solide avec possibilité d'une invasion lympho-vasculaire. Enfin, le pattern C concernait les cas qui présentaient une invasion

diffuse du stroma par des glandes dispersées souvent anguleuses avec parfois la présence d'un

contingent solide et la possibilité d'une invasion lympho-vasculaire.

Tableau 1 : Classification histologiques des patterns d'invasion de l'adénocarcinome du col utérin (méthode Silva)

Pattern A	Glandes bien définies aux contours arrondis, se regroupant souvent en lobules Pas d'invasion du stroma/ Pas de stroma au contact des glandes Pas de cellules isolées ou de cellules se détachant Pas d'invasion lymphovasculaire Prolifération intraglandulaire d'architecture cribriforme ou papillaire Architecture bien à moyennement différenciée sans contingent solide
Pattern B	Invasion du stroma débutante en regard des glandes de pattern A Une ou plusieurs cellules tumorales dans un stroma souvent focalement inflammatoire ou desmoplastique +/- invasion lymphovasculaire Architecture bien à moyennement différenciée sans contingent solide
Pattern C	Invasion du stroma diffuse caractérisée par des glandes dispersées associées à une réponse desmoplastique étendue, des glandes souvent anguleuses plus ou moins confluentes Prolifération occupant un champ au grossissement x 40 (5mm) +/- invasion lymphovasculaire Contingent solide, peu différencié (haut grade) ; le grade nucléaire n'est pas pris en compte

Les pathologistes avaient des niveaux d'expériences différents (MMB : 28 ans, AC : 10 ans et BNS : 1 an) et n'étaient pas spécialisés en gynécologie.

Analyse statistique

Les informations collectées ont été enregistrées sur un fichier Excel 2007 en respectant les règles de confidentialité et d'anonymat. Le logiciel R (version 3.1.0) a été utilisé pour obtenir des statistiques descriptives. Les informations qualitatives ont été résumées en proportions et les informations quantitatives en moyennes et extrêmes.

Considérations éthiques

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés dans la collecte des données.

Résultats

Trois cents soixante-dix-huit cas de cancers du col de l'utérus ont été recensés durant la période d'étude parmi lesquels 21 cas étaient des adénocarcinomes soit un taux de prévalence de 5,5 %.

En excluant 5 cas pour lesquels le dossier médical n'a pu être retrouvé, l'étude a porté finalement sur 16 cas d'adénocarcinomes du col utérin.

Aspects clinico-épidémiologiques

Comme le montre le tableau 2, l'âge moyen des patientes au moment du diagnostic était de 57 ans. Elles résidaient pour la majorité d'entre elles dans la capitale et 81 % avaient un niveau socio-économique faible.

Un peu plus de la moitié des femmes (56,2 %) étaient ménopausées et étaient en général de grandes multipares (68,7 %).

Les symptômes les plus fréquemment observés étaient des métrorragies (87,5 %) accompagnées d'algies pelviennes dans 25% des cas. Parmi ces patientes, seules 7 (43,7 %) avaient bénéficié d'un test HPV ayant permis de retrouver la présence d'HPV oncogènes chez 6 patientes : 3 cas d'HPV 16, 1 cas d'HPV 18, 1 cas d'HPV 16+18 et 1 cas d'HPV 16+58.

Au moment du diagnostic la majorité des patientes (62,5 %) présentait un stade clinique avancé selon la classification Figo 2009.

Les autres données clinico-épidémiologiques figurent dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques clinico-épidémiologiques

	n	%
Age (an)		
<45	6	37.5
> 45-50	1	6.25
> 50	9	56.25
Lieu de résidence		
Libreville	9	56.25
Province	7	43.75
IMC (Kg/m ²)		
<25	7	43.75
25-29.9	2	12.5
>30	1	6.25
Non précisé	6	37.5
Caractéristiques socio-professionnelles		
Fonctionnaire	2	12.5
Retraitée	2	12.5
Cultivatrice	2	12.5
Sans emploi	9	56.25
Non Précisé	1	6.25
Antécédents IST		
HPV	6	37.5
Autres	4	25
Non	6	37.5
Motif de consultation		
Métrorragies post ménopausiques+/- algies pelviennes	14	87.5
Prurit vaginal	1	6.25
Non précisé	1	6.25
Notion de FCU antérieure		
Oui	4	25
Non	11	68.75
Non précisé	1	6.25
Statuts ménopausiques		
Ménopausiques	9	56.25
Péri-ménopausiques	1	6.25
Non précisé	6	37.5
Parité		
Multipare		

	n	%
<4	3	18.75
≥4	11	68.75
Unipare	1	6.25
Non précisé	1	6.25
Prise de contraceptif oraux		
Oui (Sur 36 mois)	1	6.25
Non	15	93.75
Notion de tabagisme		
Oui	6	37.5
Non	9	56.25
Non précisé	1	6.25
Antécédents familiaux de cancer		
Oui (sein)	3	18.75
Non	13	81.25
Stade clinique (FIGO)		
IB	1	6.25
IIA	2	12.5
IIIB	2	12.5
IVA	8	50
Non Précisé	3	18.75

Aspects anatomo-pathologiques

Le diagnostic histologique a été établi à partir de différents types de prélèvements comme le tableau 3. L'adénocarcinome de type endocervical (50 %) était le plus fréquemment rencontré suivi du type mucineux (31,2 %). Il s'agissait le plus souvent d'un adénocarcinome de grade 2 (75 %). Par ailleurs, des embolies lympho-vasculaires étaient retrouvés chez 18,7 % des patientes.

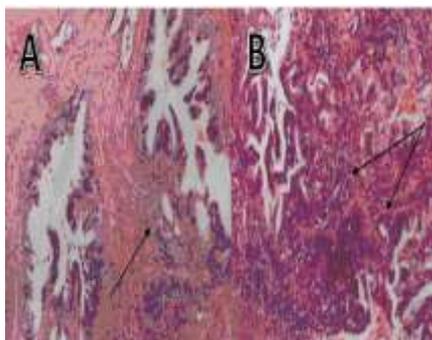
Concernant l'évaluation du PI, on retrouvait un niveau de concordance de 28,6 % entre les 3 pathologistes, le pattern C étant celui qui posait le moins de problème de diagnostic. Le tableau 3 montre le stade clinique, le type de prélèvement effectué et l'évaluation du PI selon chaque pathologiste.

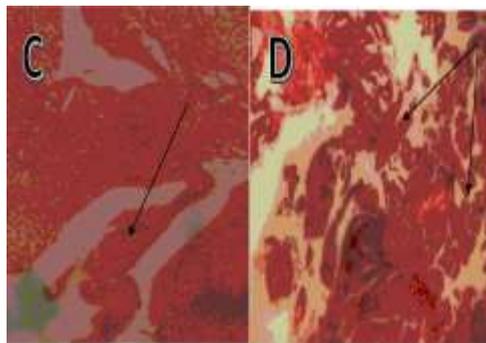
Tableau 3 : Concordance des patterns d'invasion selon les pathologistes

Stade clinique	Type de prélèvement	Pathologiste (MMB)	Pathologiste (EAC)	Pathologiste (BNS)
III B	Biopsie fragmentée (10 mm de grand axe)	A	B	A
IVA	Biopsie fragmentée (6 mm de grand axe)	B	C	B
IVA	Résection fragmentée (30 mm de grand axe)	A	B	A
IVA	Résection fragmentée (40 mm de grand axe)	C	C	C
IVA	Biopsie (15 mm de grand axe)	B	B	B
IVA	Résection fragmentée (40 mm de grand axe)	A	C	A
IVA	Résection fragmentée (48 mm de grand axe)	B	C	B
IVA	Résection fragmentée (20 mm de grand axe)	B	C	B
IIA	Conisation fragmentée (55 mm de grand axe)	C	C	B
IIA	Biopsie (15 mm de grand axe)	A	B	A
IVA	Biopsie fragmentée (10 mm de grand axe)	B	C	A
NI	Résection fragmentée (20 mm de grand axe)	C	B	A
IB2	Résection fragmentée (20 mm de grand axe)	C	B	NA
NI	Résection fragmentée (40 mm de grand axe)	C	C	C
IIIB	Biopsie (11 mm de grand axe)	C	NA	NA
NI	Biopsie (9 mm de grand axe)	C	C	C

NA : non applicable NI : non indiqué

La figure 1 montre des images de reproductibilité variable selon les pathologistes.





Légendes de la figure 1 : Patterns d'invasion de l'adénocarcinome du col utérin

A : Adénocarcinome endocervical (flèche) de pattern C d'excellente reproductibilité à partir d'une résection cervicale fragmentée de 40 x20 mm (H&E x 100).

B : Adénocarcinome endocervical (flèche) de reproductibilité avec une discordance entre pattern C (2/3 pathologistes) et B à partir d'une biopsie cervicale de 9 x6 mm (H&E x 100).

C : Adénocarcinome endocervical (flèche) de reproductibilité avec une discordance entre pattern A (2/3 pathologistes) et B à partir d'une résection cervicale multi fragmentée de 10 x10 mm (H&E x 100).

D : Adénocarcinome endocervical (flèche) avec un taux de reproductibilité nul à partir d'une résection cervicale multi fragmentée de 20 x20 mm (H&E x 100).

Traitement et aspects évolutifs

Concernant la prise en charge thérapeutique, un traitement chirurgical radical suivi d'une radiothérapie a été proposé pour les 3 patientes ayant un stade débutant du cancer. Les autres patientes ont été traitées soit par radiothérapie et chimiothérapie en concomitance (3 patientes), par chimiothérapie exclusive (6 patientes), par traitement symptomatique (3 patientes).

L'évolution était défavorable pour la majorité des patientes (81,2 %) avec 5 décès survenus dans un délai variant de 1 semaine à 38 mois (moyenne de 13 mois par rapport à la date du diagnostic) et 8 patientes ayant évolué de façon loco-régionale (6 cas) ou à distance (2 cas) avec des métastases ovarienne et hépatique pour l'une des patientes et des métastases pulmonaire et hépatique pour la seconde patiente. Ces patientes ont été perdues de vue dans des délais variant de 1 à 41 mois. Cette difficulté de suivi des patientes étaient surtout liées à des raisons sociales (cout des soins, distance à parcourir) et psychologiques (déli de la maladie, anxiété). 1 seule patiente est encore suivie et en rémission complète avec un recul de 4 ans par rapport à la date du diagnostic. Pour les 2 patientes restantes, l'évolution n'a pas été précisée.

Discussion

Le cancer du col de l'utérus reste pour les pays africains et notamment ceux d'Afrique Sub saharienne, le cancer chez la femme le plus fréquent et le plus meurtrier avec un taux d'incidence plus élevé chez la femme âgée de moins de 40 ans (1, 6-7, 12). Pour les pays industrialisés, il a été constaté une diminution de l'incidence du carcinome épidermoïde ces dernières années grâce à la mise en place des campagnes de dépistage organisé mais il n'en est pas de même pour l'adénocarcinome dont la fréquence augmente (1, 4, 7,9). Quelques études ont expliqué ce fait par un screening en cytologie moins efficace, les lésions précurseurs pour l'adénocarcinome étant plus difficiles à définir (4, 7,9).

La prévalence de l'adénocarcinome du col utérin varie d'un pays à l'autre allant de 2,7 % à 25 % (3- 4, 6-7, 9,13 -15) avec une incidence en augmentation notamment chez la jeune femme (7, 9,16). Les études publiées en Afrique et notamment en Afrique du Nord et de l'Ouest montrent une prévalence variant entre 2,7 à 8% (13-14, 17). Dans la présente étude, la prévalence retrouvée se situe dans cette moyenne puisqu'elle est de 5,5 %.

Dans notre série la moyenne d'âge au diagnostic était de 57 ans. Cette moyenne d'âge est un peu plus élevée que celle retrouvée dans d'autres

séries (4, 18-19). Cependant presque la moitié des patientes avaient moins de 50 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre échantillon soit limité (16 cas), que ces patientes soient souvent diagnostiquées à un stade très avancé sous-entendant un début de leur symptomatologie à un âge plus jeune.

Parmi les facteurs de risque décrits dans la littérature, les plus fréquemment retrouvés par ordre décroissant dans notre série étaient la présence d'HPV oncogènes, la multiparité, le tabagisme et la notion d'IST et, nous n'avons pas relevé d'autres facteurs de risque ou favorisants que ceux déjà mentionnés dans la littérature (1-8). Il faut souligner que des informations manquaient dans les dossiers médicaux tels l'IMC ou l'âge à la ménopause.

Les principaux génotypes d'HPV retrouvés dans les études publiées étaient les génotypes oncogènes 16,18, 45, 31 et 33 dans plus de 90% des cas (3-4,20). Dans notre série les génotypes 16 et 18 étaient également les plus fréquemment retrouvés.

Comme dans les pays en voie de développement (13), nous avons constaté que le type histologique de l'adénocarcinome invasif du col prépondérant était le type endocervical. Par ailleurs, les patientes se présentent lors de la première consultation avec un stade avancé selon le système de classification de la FIGO de 2009 (13,19) et malheureusement au stade très avancé (69 %).

Contrairement au carcinome épidermoïde pour lequel le management est bien précis, se pose une difficulté quant au choix thérapeutique pour les patientes ayant un adénocarcinome invasif du col de l'utérus notamment pour les formes débutantes, chez des patientes souvent en âge de procréer. Ainsi plusieurs travaux se sont intéressés à la PI microscopique étant donné que le système de classification de FIGO s'avère difficilement applicable en routine par rapport au manque de reproductibilité. Un système de classification selon le PI a été proposé par l'équipe de Silva (10) afin de pouvoir guider le traitement et les études qui se sont intéressées à cette classification ont observé que le pattern A n'ayant aucun risque d'envahissement

ganglionnaire avait une survie excellente, et que les patterns B et C correspondaient respectivement à un risque de 4 et 23% d'envahissement ganglionnaire (10,12, 21). Ainsi un schéma thérapeutique selon le pattern est aujourd'hui admis : pour les cas de pattern A, un traitement chirurgical conservateur par conisation ou hystérectomie simple est préconisé ; la chirurgie radicale étant recommandée pour des stades plus avancés (7, 16, 21-22) avec pour le pattern B une analyse du ganglion sentinelle et pour le pattern C une lymphadenectomie (23). En cas d'atteinte ganglionnaire, une radiochimiothérapie est conseillée (22, 24). Cependant, les études réalisées et publiées portant sur l'efficacité de la classification selon le pattern révèlent plusieurs faits : 1) les pourcentages de concordance entre les différents patterns varient entre 37% et 92,8% (21, 24-25). Cette variabilité du niveau de concordance s'explique par le type de prélèvement, l'expérience du pathologiste et le nombre de cas des différents patterns dans la série. Djordjevic *et al.* ont montré que la concordance des patterns passait de 92,8 % lorsqu'il s'agissait de pièces opératoires à 37,5 % lorsqu'il s'agissait de petits prélèvements biopsiques. Une autre étude (25) montrait un bon taux de concordance (77 %) mais les pathologistes étaient tous spécialisés en gynécologie. Enfin, pour un bon nombre d'études, le niveau de concordance était plus élevé lorsqu'il s'agissait majoritairement de lésions de pattern C qui posent le moins de difficulté diagnostique (21, 23-24). Le faible niveau de concordance (28,6 %) que nous avons observé dans notre série est vraisemblablement liée aux types de prélèvements analysés qui correspondaient à des prélèvements le plus souvent multi fragmentés (tableau 3). En effet la taille de l'échantillon n'apportait pas un meilleur résultat lorsque le prélèvement était multi fragmenté et les années d'expérience des pathologistes (dont aucun d'entre eux n'était spécialiste en gynécologie) ne semblaient pas intervenir dans la concordance des résultats obtenus concernant le PI. Ceci conforterait l'idée que cette classification ne serait

intéressante que lorsque le matériel repose sur une large biopsie, une conisation ou une pièce d'hystérectomie. 2) la classification en pattern A est celle qui pose le plus de difficulté avec le problème de diagnostic différentiel avec l'adénocarcinome in situ. Certaines études estiment que ce diagnostic est impossible à faire dans plus de 20 % des cas (24-25) et plusieurs niveaux de coupe sont conseillés afin de ne pas passer à côté d'un pattern B (25). Les 2 patientes de notre série présentant un stade précoce ont été traitées de manière plus agressive par une chirurgie radicale suivie de radiothérapie et ont été perdues de vue en rémission complète à 25 et 34 mois de leur première consultation.

Aucun des cas de cancer au stade avancé n'a bénéficié d'un traitement chirurgical : toutes nos patientes avaient reçu soit d'une chimiothérapie (4 patientes), soit d'un traitement symptomatique (4 cas), soit d'une radiochimiothérapie (3 cas). L'évolution était défavorable marquée soit par un décès (pour presque la moitié d'entre elles), soit par des complications (extension loco régionale et/ou à distance).

La prévention est donc d'intérêt notamment dans notre pays où les cas d'adénocarcinomes du col sont diagnostiqués à un stade très avancé avec un suivi souvent difficile. « The international Agency for Research on Cancer » (IARC) comme d'autres auteurs de publication (3,26) montrent l'importance de la vaccination comme moyen de prévention. Ainsi, la vaccination contre HPV16 et HPV18 préviendrait jusqu'à 79 % des adénocarcinomes du col de l'utérus par an et que l'efficacité envers les autres types (HPV 31,33 et 45) serait de 89 % par an (3). Malheureusement, la vaccination HPV ne fait pas partie des programmes de vaccination pour la plupart des pays sous-développés.

La présente étude montre plusieurs faiblesses à savoir : le nombre limité de cas, le caractère rétrospectif et la qualité des prélèvements analysés. Toutefois, il s'agit de la première étude axée sur l'adénocarcinome du col de l'utérus au Gabon qui nous permet donc de mettre en évidence que ce cancer est détecté à un stade avancé avec une évolution péjorative et pour

lequel le choix thérapeutique et le suivi sont difficiles.

Conclusion

Il ressort de la présente étude que l'adénocarcinome du col utérin au Gabon est un cancer découvert à un stade tardif chez la femme jeune d'où l'intérêt de la mise en place d'une stratégie préventive basée des campagnes de vaccination HPV avec une sensibilisation du personnel de santé et de la population.

Par ailleurs, pour assurer un traitement plus adapté, des études supplémentaires pour mieux évaluer la reproductibilité de la classification en pattern sont nécessaires avec de plus grandes séries et des prélèvements de meilleure qualité.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

CEA a conçu l'étude. La rédaction du manuscrit a été faite par DLL et CEA. RR et CEA ont saisi les données, analysé ces données et rédigé. Tous les auteurs ont lu le manuscrit et ont approuvé la rédaction finale et révisée.

Références

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; **68** : 394-424.
2. Hull R, Mbele M, Makhafola T, Hicks C, Wang S-M, Reis RM *et al.* Cervical cancer in low and middle-income countries. *Oncology letters* 2020 ; **20** : 2058- 2074.
3. Pimenta JM, Galindo C, Jenkins D, Talor SM. Estimate of the global burden of cervical adenocarcinoma and potential impact of prophylactic human papillomavirus vaccination. *BMC Cancer* 2013; **13** : 553.

4. Castanon A, Landy R, Sasieni PD. Is cervical screening preventing adenocarcinoma and adenosquamous carcinoma of the cervix ? *Int. J. Cancer* 2016; **139**: 1040-1045.
5. Ginindza TG, Dlamini X, Almonte M. Prevalence of and associated risk factors for high risk Human Papillomavirus among sexually active women, Swaziland. *PLoS One* 2017; **12** :1371- 1389.
6. Stonilcu S, Hoang L, Soslow RA. Recent advances in invasive adenocarcinoma of the cervix. *Virchows Arch* 2019; **475** (5) : 537-549.
7. Vandenbroucke L, Robert AL, Lavoué V, Foucher F, Henno S, Levêque J. L'adénocarcinome du col utérin : particularités diagnostiques et thérapeutiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2013 ; **42** : 207-216.
8. Russell VL, Ogilvie G, Beksinska M, Nyirenda M, Mitchell-Foster S, Lavoie J, *et al.* Human papillomavirus and cervical cancer risk perception and vaccine acceptability among adolescent girls and young women in Durban, South Africa. *S Afr Med J* 2020 ; **110** (9) : 887-893.
9. Liu S, Semenciw R, Mao Y. Cervical cancer: the increasing incidence of adenocarcinoma and adenosquamous carcinoma in younger women. *JAMC* 2001; 164 (8) : 1151-1152.
10. Diaz De Vivar A, Andres A, Roma AA, Park JK, Alvarado-Cabrero I, Rasty G *et al.* Invasive endocervical adenocarcinoma : proposal for a new pattern-based classification system with significant clinical implications : a multi-institutional study. *Int J Gynecol Pathol* 2013; **32** (6): 592-601.
11. Meye JF, Mabika B, Belembaogo E, Engongah-Beka T, Minko-Mi-Etoua D. Place du dépistage du cancer du col utérin au Gabon, étude sur 19 ans : 1977-1995. *Annales de Pathologie* 2001 ; **21** (3) doi : AP-07-2001-21-3-0242-6498-101019-ART3.
12. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in five continents. IARC Press 2002 ; Lyon (France) Vol VIII.
13. Missaoui N, Hmissa S, Trabelsi A, Frappart L, Mokni M, Korbi S. Cervix cancer in Tunisia: Clinical and pathological study. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2010; **11** : 235-238.
14. Lankoande J, Sakande B, Ouedraogo A, Ouedraogo C M, Ouattara T, Bonané B *et al.* .Gynecology-obstetrics at the Yalgado-Ouédraogo (Ouagadougou) National Hospital Center .Cancer of the cervix uteri :epidemioclinical and anatomopathologic aspects. *Sante* 1997; **7** (4): 227-230.
15. Nogueira-Rodrigues A, Ferreira C G, Bergmann A, Sales De Aguiar S, Santos Thuler CS. Comparison of adenocarcinoma (ACA) and squamous cell carcinoma (SCC) of the uterine cervix in a sub-optimally screened cohort : a population –based epidemiologic study of 51,842 women in Brazil. *Gynecol Oncol* 2014;135 (2) : 292-296.
16. Loureiro J, Oliva E. The spectrum of cervical glandular neoplasia and issues in differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med* 2014; **138**:453-483.
17. Ikechebelu JI, Onyiaorah V, Ugboaja JO, Anyiam DCD, Eleje GU .Clinicopathological analysis of cervical cancer seen in a tertiary health facility in Nnewi, south-east Nigeria. *Niger J Med* 2010; **30** (3): 299-301.
18. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH.WHO Classification of tumors of the female reproductive organs. IARC 2014; Lyon; 4th edition
19. Khalil J, Bellefqih S, Afif M, Elkacemi H, Kebdani T, Benjaafar N. Prognostic factors affecting cervical adenocarcinoma : 10 years' experience in a single institution. *Arch Gynecol Obstet* 2015; **292** (4): 915-921.
20. Venkatas J, Singh M. Cervical cancer: a meta-analysis, therapy and future of nanomedicine. *Ecancer* 2020; **14** :1-16.
21. Kossai M, Duvillard P, Genestie C. les lésions glandulaires du col utérin. *Annales de Pathologie* 2016 ; **36** : 188-191.
22. Baalbergen A, Ewing-Graham PC, Hop WC, Struijk P, Helmerhorst TJ. Prognostic factors in adenocarcinoma of the uterine cervix . *Gynecol Oncol* 2004 ; **92** : 262-267.
23. Djordjevic B, Parra-Herran C. Application of a pattern-based classification system for invasive endocervical adenocarcinoma in cervical biopsy, cone and loop electrosurgical excision (LEEP) material: pattern on cone and LEEP is predictive of pattern in the overall tumor. *Int J Gynecol Pathol* 2016; **35** (5): 456-466.

24. Parra-Herran C, Taljaard M, Djordjevic B, Reyes C, Schwartz L, Schoolmeester JK, *et al.* Pattern-based classification of invasive endocervical adenocarcinoma, depth of invasion measurement and distinction from adenocarcinoma *in situ* : interobserver variation among gynecologic pathologists. *Mod Pathol* 2016; **29**: 879-892.
25. Rutgers JKL, Roma A, Park K, Zaino RJ, Johnson A, Alvarado I *et al.* Pattern classification of endocervical adenocarcinoma : reproducibility and review of criteria. *Mod Pathol* 2016; **29** (9) : 1083-1094.
26. Xie Y, Tan X, Shao H, Liu Q, Tou J, Zhang Y *et al.* VIA /VIL is more suitable for cervical cancer prevention in chinese poverty-stricken region : a health economic evaluation. *BMC Public Health* 2017 ; **17**: 118.

Voici comment citer cet article : Likonza DL, Engohan-Aloghe C, Bigoundou-Nzamba S, Revignet R, Mabika BM. Adénocarcinome du col utérin au Gabon : caractéristiques clinico-pathologiques d'une série des cas. *Ann Afr Med* 2022; **16** (1): e4972-e4982. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i1.12>