

Annexe 1

Classification de FIGO des carcinomes du col

Stade I

Le carcinome de Stade I est strictement limité au col utérin. On ne doit pas prendre en compte l'extension au corps utérin. Le diagnostic à la fois des Stades IA1 et IA2 doit être fait à partir de l'examen microscopique d'un prélèvement tissulaire, de préférence un cône qui englobe la lésion entière.

Stade IA : Cancer invasif identifié par examen microscopique uniquement. L'invasion est limitée à l'invasion stromale mesurée ne dépassant pas 5mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA1 : l'invasion mesurée dans le stroma ne dépasse pas 3 mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA2 : L'invasion mesurée dans le stroma est comprise entre 3 et 5 mm en profondeur et ne dépasse pas 7 mm en largeur.

Stade IB : Soit les lésions cliniques sont limitées au col, soit les lésions infracliniques sont plus importantes que dans le Stade IA. Toute lésion macroscopiquement visible même avec une invasion superficielle est classée cancer de Stade IB.

Stade IB1 : Lésions cliniques de taille ne dépassant pas 4 cm.

Stade IB2 : Lésions cliniques de taille supérieure à 4 cm.

Stade II

Le carcinome de Stade II s'étend au-delà du col, mais sans atteindre les parois pelviennes. Il affecte le vagin, mais pas au-delà de ses deux tiers supérieurs.

Stade IIA : Pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les deux tiers supérieurs du vagin.

Stade IIB : Atteinte paramétriale évidente, mais la paroi pelvienne n'est pas touchée.

Stade III

Le carcinome de Stade III s'est étendu à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone non envahie par le cancer entre la tumeur et la paroi pelvienne. La tumeur touche le tiers inférieur du vagin. Tous les carcinomes provoquant une hydronéphrose ou un rein muet, sont des cancers de Stade III.

Stade IIIA : Pas d'extension à la paroi pelvienne, mais atteinte du tiers inférieur du vagin.

Stade IIIB : Extension à la paroi pelvienne, hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

Le carcinome de Stade IV s'est étendu au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et/ou du rectum.

Stade IVA : Extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.

Stade IVB : Extension aux organes distants.

Source : TNM Classification of malignant tumours. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland. pp155-157; 6th ed. 2002.

Annexe 2

CONSENTEMENT ECLAIRE

Le médecin/ agent de santé m'a expliqué en détails les tests avec le vinaigre (IVA) et l'iode (IVL) qui permettent la détection précoce et la prévention du cancer du col de mon utérus. Je sais que la surface de mon col va être examinée après l'application de vinaigre (acide acétique 5%)/solution d'iode diluée, afin de déceler ou d'écarter un précancer/-cancer. Je sais que ces examens ne sont pas douloureux, mais qu'ils peuvent parfois occasionner une irritation ou un léger saignement qui se résorbe facilement.

J'ai bien compris que si le test est positif, on me conseillera d'autres examens comme l'inspection visuelle du col amplifiée à l'aide d'un instrument appelé colposcope, et l'analyse d'un échantillon de tissu de mon col (biopsie), avant de me donner un traitement. On m'a aussi prévenue qu'au cas où des anomalies seraient détectées (infection, précancer, cancer ou complications), il serait peut-être nécessaire de me prescrire un traitement médicamenteux ou une cryothérapie (destruction de la partie malade du col à l'aide d'une sonde cryogénique), ou d'enlever la partie malade lors d'une intervention chirurgicale légère ou plus lourde, suivie ou non d'une radiothérapie.

Par la présente, j'exprime ma volonté de subir les tests ci-dessus et le traitement, si conseillé.* / Je ne souhaite pas subir les examens ci-dessus. *

Signature :

Date :

Nom :

Adresse :

* Rayer la mention inutile

Annexe 3

Formulaire de compte-rendu des résultats de l'IVA et de l'IVL

Dépistage par IVA et IVL

1. Numéro unique/dispensaire/dossier _____
2. Date du test [][]-[][]-[][]
(jour (2 chiffres)-mois (2 chiffres)-année (2 chiffres)) :
3. Nom : _____
4. Adresse : _____

5. Age (en années) [][]
6. Education (1 : Aucune ; 2 : Primaire ; 3 : Collège ;
4 : Lycée ; 5 : Université ; 9 : Non déterminé) []
7. Quand avez-vous eu vos dernières règles ?
(1 : Moins de 12 mois auparavant ; 2 : Plus de 12 mois auparavant) []
8. Statut marital : (1 : Mariée ; 2 : Veuve ; 3 : Séparée ;
8 : Autre ; 9 : Non déterminé) []
9. Age lors du mariage ou du premier rapport sexuel : [][]
(99, si non déterminé)
10. Nombre total de grossesses/fausses-couches : [][]
11. Souffrez-vous de l'un des symptômes suivants ?
(Cocher la case si la réponse est oui ; sinon, laisser en blanc) :
 - Pertes vaginales abondantes
 - Démangeaisons dans la région anogénitale externe
 - Ulcérations dans la région anogénitale externe
 - Douleurs pelviennes

- Douleurs au cours du rapport sexuel
- Saignements après le rapport sexuel
- Saignements entre les règles
- Douleurs lombaires

12. Résultats de l'inspection visuelle

(Cocher la case si la réponse est oui ; sinon, laisser en blanc) :

- Jonction pavimento-cylindrique entièrement visible
- Polype cervical
- Kystes de Naboth
- Cervicite
- Leucoplasie
- Condylome
- Tumeur

13. Résultats une minute après l'application d'acide acétique à 5% (IVA)

(1 : Négatif ; 2 : Positif ; 3 : Positif, cancer invasif) []

14. Si l'IVA est positive, la lésion acidophile pénètre-t-elle dans le canal endocervical ?

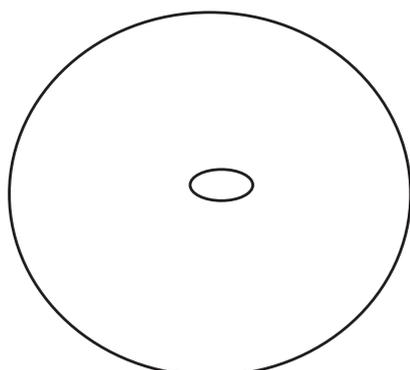
(1 : Oui ; 2 : Non) []

15. Si l'IVA est positive, combien de quadrants sont-ils affectés par la(les) lésion(s) acidophile(s) ?

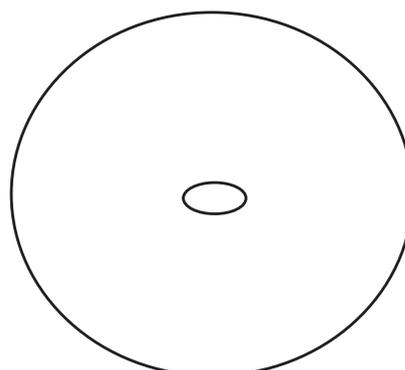
(1 : Deux ou moins ; 2 : Trois ; 3 : Quatre quadrants) []

16. Schéma

(représenter la jonction pavimento-cylindrique par une ligne en pointillé, et la(les) région(s) acidophile/iodo-négative par une ligne continue)



IVA



IVL

17. Résultats après l'application du soluté de Lugol (IVL)

(1 : Négatif ; 2 : Positif ; 3 : Positif, cancer invasif) []

18. Si cancer invasif, préciser le stade (1 : IA ; 2 : IB ; 3 : IIA ; 4 : IIB ;
5 : IIIA ; 6 : IIIB ; 7 : IVA ; 8 : IVB ; 9 : non déterminé) []

19. Prélèvement de biopsie ? (1 : Oui ; 2 : Non)
(Si oui, indiquer d'une croix le(s) site(s) de biopsie sur le schéma) []

20. Mesures prises :
(1 : Suivi conseillé tous les cinq ans ;
2 : Traitement thérapeutique recommandé pour la cervicite et visite de contrôle dans
six mois ;
3 : Orientation vers une colposcopie ;
4 : Orientation vers un traitement immédiat ;
5 : Orientation vers une classification et un traitement du cancer invasif ;
6 : Autres, spécifier _____) []

Annexe 4

Nettoyage et stérilisation des instruments et du matériel employés pour la détection précoce et le traitement des néoplasies cervicales :

Instrument/matériel	Procédé	Méthode suggérée
Spéculum vaginal, rétracteur des parois vaginales, pince à biopsie, pince à griffes, pince longuette, pince de cheatle.	Décontamination et nettoyage suivis d'une stérilisation ou d'une DHN.	Décontamination par immersion pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5%, suivie d'un nettoyage à l'eau et au détergent ; les instruments nettoyés peuvent ensuite être immergés dans de l'eau bouillante pendant 20 minutes (désinfection de haut niveau) ou stérilisés à l'autoclave, avant d'être réutilisés.
Gants.	Décontamination et nettoyage suivis d'une stérilisation.	Décontamination par immersion pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5%, suivie d'un nettoyage à l'eau et au détergent ; et stérilisation à l'autoclave par paquets enveloppés.
Table d'examen, lampe halogène, lampes électriques, chariot, plateaux.	Désinfection de niveau intermédiaire ou de bas niveau.	Essuyer avec de l'alcool éthylique ou isopropylique à 60-90%, ou avec une solution de chlore à 0,5%.

DHN : Désinfection de haut niveau

Préparation d'une solution de chlore à 0,5% :

La formule générale pour préparer une solution de chlore diluée à partir d'une préparation commerciale à n'importe quelle concentration est la suivante : Nombre total de doses d'eau = [% de la solution concentrée/% de la solution diluée] -1. Par exemple, pour préparer une solution de chlore diluée à 0,5% à partir d'une solution domestique de chlore concentré à 5% = $[5,0\%/0,5\%] -1 = 10-1 = 9$ doses d'eau ; par conséquent, il faut ajouter une dose de javel à neuf doses d'eau.

Si l'on utilise du chlore disponible dans le commerce sous forme de poudre, utiliser la formule suivante pour calculer la quantité de poudre (en grammes) nécessaire à la préparation d'une solution de chlore à 0,5% :

Grammes/litre = [% solution diluée/% préparation concentrée] x 1000. Par exemple, pour préparer une solution de chlore diluée à 0,5% à partir d'une poudre contenant 35% d'hypochlorite de calcium = $[0,5\%/35\%] \times 1000 = 14,2$ g. On ajoute donc 14,2 grammes de poudre à 1 litre d'eau ou 142 grammes à 10 litres d'eau. Les instruments ne doivent pas rester dans la javel plus de dix minutes, et doivent être nettoyés à l'eau bouillante immédiatement après leur décontamination, ceci afin d'éviter la décoloration et la corrosion du métal.

Décontamination du sol du centre médical de dépistage :

Le sol du centre de dépistage doit être quotidiennement décontaminé à l'aide de désinfectants chimiques comme les iodophores (par exemple, povidone iodée à 10%).

Annexe 5

Préparation de la solution d'acide acétique à 5%, du soluté de Lugol et de la solution de Monsel

Acide acétique dilué à 5%

Ingrédients	Quantité
1. Acide acétique glacial	5 ml
2. Eau distillée	95 ml

Préparation : Ajouter avec précaution 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée et bien mélanger.

Conservation : L'acide acétique non utilisé doit être détruit en fin de journée.

Etiquette : acide acétique dilué à 5%

Note : Il est important de toujours diluer l'acide acétique glacial, car non dilué celui-ci peut occasionner de graves brûlures chimiques s'il est appliqué sur l'épithélium.

Soluté de Lugol

Ingrédients	Quantité
1. Iodure de potassium	10 g
2. Eau distillée	100 ml
3. Iode	5 g

Préparation

- Dissoudre 10 g de iodure de potassium dans 100 ml d'eau distillée.
- Ajouter peu à peu 5 g d'iode sans cesser d'agiter le mélange.
- Filtrer et conserver dans une bouteille en verre fumé sombre bien fermée.

Conservation : 1 mois

Etiquette : Soluté de Lugol ; Utiliser avant : (date)

Solution de Monsel

Ingrédients

Ingrédients	Quantité
1. Sulfate ferrique	15 g
2. Sulfate ferreux	quelques grains
3. Eau stérile pour le mélange	10 ml
4. Amidon glycérimé (voir préparation ci-dessous)	12 g

Quantité

Préparation

Précaution à prendre : La réaction est exothermique (émission de chaleur).

- Dans un bécher en verre, ajouter quelques grains de sulfate ferreux à 10 ml d'eau stérile. Secouer.
- Ajouter le sulfate ferrique et le dissoudre en remuant à l'aide d'une tige de verre. La solution doit devenir limpide.
- Peser le glycérol dans un mortier en verre. Bien mélanger.
- Ajouter lentement la solution de sulfate ferrique à l'amidon glycérimé, sans cesser de remuer jusqu'à complète homogénéisation.
- Conservé dans une bouteille en verre fumé sombre de 25 ml.
- La plupart des praticiens préfèrent laisser reposer cette solution suffisamment longtemps pour permettre une évaporation qui donne à la solution de Monsel une consistance pâteuse semblable à celle de la moutarde. Cela peut prendre entre 2 et 3 semaines selon l'environnement. Bien fermer le récipient pour la conservation. Si nécessaire, on peut délayer la solution avec de l'eau stérile.

Note : Cette préparation contient 15% de fer.

Conservation : 6 mois

Étiquette : Solution de Monsel ; Bien agiter ; Uniquement pour usage externe ;
A utiliser avant : (date)

Amidon glycérimé (ingrédient de la solution de Monsel)

Ingrédients

Ingrédients	Quantité
1. Amidon	30 g
2. Eau stérile pour mélanger	30 ml
3. Glycérine	390 g

Quantité

Préparation

- Dans un creuset chinois, dissoudre l'amidon dans l'eau stérile.
- Ajouter la glycérine. Bien mélanger.
- Chauffer le creuset au-dessus d'un bec bunsen sans cesser de mélanger son contenu avec une spatule jusqu'à obtention d'une pâte épaisse. Faire attention à ne pas trop

chauffer de façon à ce que la pâte ne jaunisse pas.

Conservation : 1 an

Etiquette : Amidon glycériné ; A conserver dans un endroit frais ; Usage externe uniquement ; A utiliser avant : (date)

Note : Ne pas chauffer sinon le mélange jaunit.

Pour en savoir davantage

- Ottaviano, M. & La Torre, P. (1982) Examination of the cervix with the naked eye using acetic acid test. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **143**, 139-142.
- Cecchini, S., Bonardi, R., Mazzotta, A., Grazzini, G., Iossa A. & Ciatto, S. (1993) Testing cervicography and VIA as screening tests for cervical cancer. *Tumori*, **79**, 22-25.
- Östor, A.G. (1993) Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int. J. Gynecol. Pathol.*, **12**, 186-192.
- Sankaranarayanan, R., Wesley, R., Somanathan, T., Dhakad, N., Shyamalakumary, B., Sreedevi Amma, N., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (1998) Performance of visual inspection after acetic acid application (VIA) in the detection of cervical cancer precursors. *Cancer*, **83**, 2150-2156.
- Walboomers, J.M.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Snijders, P.J., Peto, J., Meijer, C.J. & Munoz, N. (1999) Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.*, **189**, 12-19.
- Sankaranarayanan, R., Shyamalakumary, B., Wesley, R., Sreedevi Amma, N., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (1999) Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors. *Int. J. Cancer*, **80**, 161-163.
- University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project (1999) Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet*, **353**, 869-873.
- Denny, L., Kuhn, L., Pollack, A., Wainwright, H. & Wright, T.C., Jr (2000) Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer*, **89**, 826-833.
- Belinson, J.L., Pretorius, R.G., Zhang, W.H., Wu, L.Y., Qiao, Y.L. & Elson, P. (2001) Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet. Gynecol.*, **98**, 441-444.
- Sankaranarayanan, R., Budukh, A.M. & Rajkumar, R. (2001) Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull. World Health Org.*, **79**, 954-962.
- Goldie, S.J., Kuhn, L., Denny, L., Pollack, A. & Wright, T.C. (2001) Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and cost-effectiveness. *JAMA*, **285**, 3107-3115.
- Denny, L., Kuhn, L., Pollack, A. & Wright, T.C., Jr (2002) Direct visual inspection for cervical cancer screening: an

- analysis of factors influencing test performance. *Cancer*, **94**, 1699-1707.
- Mandelblatt, J.S., Lawrence, W.F., Gaffikin, L., Limpahayom, K.K., Lumbiganon, P., Warakamin, S., King, J., Yi, B., Ringers, P. & Blumenthal, P.D. (2002) Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J. Natl. Cancer Inst.*, **94**, 1469-1483.
- Ferenczy, A. & Franco, E. (2002) Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Lancet Oncol.*, **3**, 11-16.
- Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOCG) and the JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group (2003). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*, **361**, 814-820.
- Sankaranarayanan, R., Wesley, R., Thara, S., Dhakad, N., Chandralekha, B., Sebastian, P., Chithrathara, K., Parkin, D.M. & Krishnan Nair, M. (2003). Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *Int. J. Cancer*, **106**, 404-408.

