



PROFIL HISTO-EPIDEMIOLOGIQUE DES ADENOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES AU CONGO-BRAZZAVILLE

S. DIEMBI¹, G. C. GOUONI², F. ITIERE², B. OTOUANA², J. ONGOKA AHOUE², D. MOUKASSA³, S. LAWSON⁴, G. ONDZOTTO²

1- Service ORL, Hôpital Général Adolphe SICE, Pointe-Noire;

2- Service ORL, CHU de Brazzaville ;

3- Laboratoire d'analyses médicales et morphologiques, Hôpital Général Edith Lucie BONGO ONDIMBA (HGELBO).

4- CNHU-HKM Cotonou

Correspondances : Dr Sylvain DIEMBI, Hôpital ADOLPHE SICE de POINTE-NOIRE BP 4833 POINTE-NOIRE

Email sdiembi@yahoo.fr

RESUME

Les adénopathies cervicales chroniques sont celles qui évoluent depuis plus de trois semaines de façon non résolutive. Elles posent un problème de diagnostic étiologique et peuvent annoncer une affection grave. **Matériel et méthodes** : Il s'est agi d'une étude descriptive et rétrospective allant du 01 juillet 2007 au 31 juillet 2017, soit une période de 10ans. Cette étude s'est déroulée dans les services d'ORL du CHU-B et de l'Hôpital Général Adolphe SICE. **Résultats** : Au total 100 cas d'adénopathies cervicales chroniques ont été colligés en 10 ans, soit une prévalence de 1,8%. Le sex-ratio était de 1,17 et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 29 ans avec une moyenne d'âge de 30,8±15,8 ans. La plupart des patients avaient une poly-adénopathie cervicale et une fièvre comme signe associé (64% des cas). Les lésions histopathologiques en cause étaient la tuberculose ganglionnaire (49%), les lymphomes ganglionnaires (21%), les adénites réactionnelles (15%), les métastases des carcinomes (11%) l'histiocytose ganglionnaire (2%) et la maladie de CASTLEMAN (2%). **Conclusion** : La pathologie ganglionnaire cervicale au Congo reste dominée par la tuberculose, suivie des proliférations lymphoïdes malignes et réactionnelles.

L'examen anatomo-pathologique standard est complété par une étude immunohistochimique pour un diagnostic étiologique plus précis.

Mots clés : Adénopathies, cou, adénectomie, histopathologie, immunohistochimie.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological, clinical and histopathological characters of chronic cervical lymphadenopathy in Congo. **Material and methods**: We conducted a retrospective study covering the period from January 2007 to July 2017 (10 years). This study was conducted in ENT departments at the Brazzaville University Hospital and Adolphe Sice General Hospital. The variables of the study were epidemiological, clinical and histopathological. **Results**: Overall 100 cases of chronic cervical lymphadenopathy. Were collected in 10 years, a frequency of 1.36%. The male to female ratio was 1.17 and the age group represented was 20 to 29 years old with an average age was 30.8±15.8 years. Most patients had a cervical poly lymphadenopathy and fever as an associated sign (64% of cases). The histological lesions involved were ganglionic tuberculosis (49%), lymphomas lymph nodes (21%), reactive adenitis (15%), carcinoma metastasis (13%), ganglionic histiocytosis (2%) and CASTLEMAN disease (2%). **Conclusion**: The cervical ganglionic pathology in Congo remains dominated by tuberculosis long before lymphoma and metastasis of carcinomas. Anatomopathological analysis although necessary for the diagnosis, must be completed by immunohistochemistry.

Keywords: lymphadenopathy, neck, histopathologic, immunohistochemistry.

INTRODUCTION

Les adénopathies cervicales chroniques (ACC) sont l'augmentation de volume d'un nœud lymphatique du cou de façon non résolutive depuis plus de trois semaines [1]. Elles constituent un motif fréquent de consultation en Oto-rhino-laryngologie (ORL). Elles peuvent être le témoin d'une affection grave [2]. En France, elles représentent environ 2000 nouveaux cas par an pour laquelle les métastases des carcinomes épidermoïdes représentant 95% des étiologies ; les hommes sont plus touchés que les femmes avec un ratio de 10/9 [3].

Malgré la diversité de la pathologie ganglionnaire qui rend compte de la physiologie de ces organes lymphoïdes périphériques, elle reste dominée par les proliférations tumorales aux côtés desquelles les modifications réactionnelles issues d'une simple stimulation lymphocytaire et les réactions inflammatoires constituent de véritables sources de confusion pour les pathologistes [4].

La prise en charge thérapeutique de ces adénopathies cervicales chroniques (ACC) est fonction de la nature histologique des lésions et de leur stade évolutif. Un examen ORL approfondi aidé d'examen complémentaires et d'endoscopie peut s'avérer insuffisant et

imposer une biopsie-exérèse ganglionnaire en vue d'un examen histopathologique.

Dans notre contexte à ressources limitées, nous réalisons des prélèvements ganglionnaires de localisation cervicale, dans le but de déterminer l'étiologie de ces ACC et d'adapter notre conduite thérapeutique. Ce travail a été initié pour étudier les ACC dans les services d'ORL du CHU de Brazzaville et de l'Hôpital Général Adolphe SICE de Pointe-Noire. Il s'agissait spécifiquement de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et d'identifier les différentes étiologies.

PATIENTS ET METHODES

Cadres, type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive, rétrospective et transversale allant du 01 Juillet 2007 au 31 Juillet 2016, soit une période de 10 ans. Elle a été menée à Brazzaville, dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale et au laboratoire d'anatomie cytologie pathologique au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHU B), et à Pointe Noire, dans les services d'Oto-rhino-laryngologie et au Centre d'Etudes Pathologiques Humaines et Animales (CEPHA).

Population d'étude

Population générale

La population générale de la présente étude était constituée de tous les patients ayant consulté dans les services ORL des deux hôpitaux pendant la période d'étude.

Les patients inclus dans cette étude présentaient une ADP cervicale évoluant depuis plus de 3 semaines de façon non résolutive ; et ayant bénéficié d'une adénectomie cervicale pour laquelle l'analyse histopathologique de la pièce opératoire a été concluante.

Méthodes d'étude

Une fiche d'enquête épidémiologique était élaborée pour la collecte des données à partir des registres tenus dans les différents services d'ORL, aux laboratoires et aux blocs opératoires.

Selon les comptes rendus opératoires, toutes les pièces d'adénectomie avaient été fixées dans du formol tamponné à 10 % et acheminées aussitôt au laboratoire d'anatomopathologie du CHU-B pour les patients habitant Brazzaville et au CEPHA de l'HGAS pour les patients habitant la ville de Pointe-Noire.

Variables d'étude

Les variables suivantes ont été analysées.

Variables sociodémographiques

- l'âge ;
- le sexe.
- statut sérologique VIH.

Variables cliniques

- le délai de consultation ;
- les caractéristiques des ADP : siège, taille et nombre ;
- les signes associés à l'ADP : obstruction nasale, épistaxis, otalgie reflexe, odynophagie, dysphagie, dysphonie, fièvre prolongée.

Variables anatomo-pathologiques

Il s'est agi essentiellement du type histologique

Analyse statistique

Les logiciels Microsoft Excel version 2013 et Epi Info 7 ont été utilisés pour l'élaboration de la base de données. La comparaison des variables qualitatives a été faite par le test de χ^2 et la comparaison des variables quantitatives a été faite par le test de student (t-test). Les p-values ont été calculées avec le programme de comparaison de données qui utilise les tests de χ^2 (Pearson et Fischer) et le t-test. La p-value permet d'affirmer qu'il existe une différence significative entre deux effectifs ou deux moyennes, dans ce cas, sa valeur doit être inférieure ou égale à 0.05. Un intervalle de confiance de 95% a été retenu pour le calcul des résultats.

Les résultats ont été exprimés en moyenne \pm écart-types pour les variables quantitatives et en effectif et/ou en pourcentage pour les variables qualitatives.

Considérations éthiques et conflit d'intérêt

Le présent travail a été mené dans le cadre d'une recherche scientifique. L'enquête relative a garanti la confidentialité des données des malades. Il n'y avait aucun conflit d'intérêt.

RESULTATS

Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons recensé au total 5370 patients pour diverses pathologies ORL. Nous avons ainsi colligé 100 patients suivis pour ACC, soit une prévalence de 1,86%.

Caractéristiques sociodémographiques

Age et sexe

La répartition des patients selon l'âge et le sexe consignée dans le tableau I

La moyenne d'âge était de $30,8 \pm 15,8$ ans avec des extrêmes de 3 et 75 ans et un sex-ratio de 1,17.

Tableau I : répartition des patients selon l'âge et le sexe

Age (ans)	Sexe		Fémini		Total	
	N	%	N	%	N	%
[0-9]	3	3	1	1	4	4
[10-19]	12	12	10	10	22	22
[20-29]	14	14	15	15	29	29
[30-39]	6	6	5	5	11	11
[40-49]	13	13	1	1	14	14
[50-59]	1	1	13	13	14	14
>60	5	5	1	1	6	6
Total	54	54	46	46	100	100

Tableau II : répartition des patients selon le statut sérologique

Statut sérologique	Effectif	Pourcentage (%)
Positif	3	3
Négatif	97	97
Total	100	100

Caractéristiques cliniques

Le délai de consultation

La répartition des patients selon le délai de consultation est consignée dans le tableau III.

Tableau III : répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentages (%)
[3 semaines - 3 mois [10	10
[3 A 6 mois [83	83
≥ 6 mois	7	7
Total	100	100

Caractéristiques des adénopathies cervicales chroniques

Les caractéristiques cliniques des adénopathies sont consignées dans le tableau IV.

Le type histologique et le nombre d'adénopathies

La corrélation entre le type histopathologique et le nombre d'adénopathies est présentée dans le tableau VI.

Tableau IV : répartition des patients selon les caractéristiques des adénopathies

Caractéristiques des ADP	Effectif	Pourcentage (%)
Siège	Jugulo-carotidienne	50
	Sous mandibulaire	33
	Sous mentonnier	17
Taille	< 3 cm	10
	3-6 cm	83
	>6 cm	7
Nombre	Unique	44
	Multiple	56

Signes associés

La répartition des patients selon les signes associés consignée dans le tableau V.

Tableau V : répartition des patients selon les signes associés.

Signes généraux	Effectif	Pourcentage (%)
Fièvre	64	64
Dysphonie	6	6
Dysphagie	1	1
Obstruction nasale	5	5
Aucun signe	24	24
Total	100	100

Le type histologique



Figure 1 : Follicule de Koester avec un important infiltrat lympho-giganto-cellulaire (Tuberculose ganglionnaire au stade chronique) Micrographie 4 GX200 (HE)

Tableau VI : corrélation entre les types histopathologiques et le nombre d'adénopathies cervicales

Type histo- pathologique	ADP unique	ADP multiples	Total		OR	IC	P-value
			N	%			
Tuberculose ganglionnaire	20	29	49	49	0,775	0,36-1,74	0,5520
LMNH	2	19	21	21	0,092	0,020-0,373	0,0004
Adénite réactionnelle	14	1	15	15	25,67	4,30-276,6	<0,0001
Carcinome épidermoïde métastatique du larynx	4	2	6	6	2,7	0,598-14,6	0,4005
Carcinome épidermoïde métastatique du cavum	1	4	5	5	0,3023	0,0242-1,96	0,3808
Histiocytose	1	1	2	2	1,279	0,065-24,69	>0,9999
Maladie de CASTLEMAN	0	2	2	2	0	0-2,741	0,5022

Corrélation entre les types histopathologiques et la fièvre

La corrélation entre les types histopathologiques et la fièvre est présentée dans le tableau X.

Tableau VII : corrélation entre les types histopathologiques et la fièvre.

Type histo- pathologique	Fièvre		Total		OR	IC	P-value
	Oui	Non	N	%			
Tuberculose ganglionnaire	41	8	49	49	6,239	2,48-15,86	<0,0001
LMNH	19	2	21	21	7,178	1,77-33,42	0,0044
Adénite réactionnelle	2	13	15	15	0,0570	0,012-0,262	<0,0001
Carcinome épidermoïde métastatique du larynx	1	5	6	6	0,09841	0,008-0,797	0,0219
Carcinome épidermoïde du cavum	0	5	5	5	0	0-0,3583	0,0050
Histiocytose	1	1	2	2	0,5556	0,028-10,83	>0,9999
Maladie de CASTLEMAN	0	2	2	2	0	0-12	0,1273

DISCUSSION

Fréquence des adénopathies cervicales

Dans la présente étude nous avons eu une prévalence de 1,86%. Razafindrakoto *et al.* [10] à Antananarivo ont trouvé une prévalence plus élevée 4,6%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces auteurs ont colligé dans leur étude 162 cas d'adénopathies cervicales chroniques sur un total de 3528 patients, alors que nous avons eu 100 cas d'adénopathies cervicales chroniques sur un total de 5370 patients.

Age et sexe

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 20 à 29 ans (29%),

l'âge moyen a été de 30,8 ans avec un ratio de 1,17 ; résultats proches de ceux rapportés par Z. Sando *et al.* [11] au Cameroun dans une étude rétrospective menée sur 10 ans.

Selon ces auteurs les tranches d'âge les plus touchées sont celles de 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, et 40 à 49 ans. Selon les mêmes auteurs, l'âge moyen a été de 30,95 ans avec un ratio de 0,95/.

Au regard de ces résultats, il semble que les adénopathies cervicales chroniques soient l'apanage de l'adulte jeune sans différence importante entre les deux sexes. Cependant Razafindrakoto *et al.* [10] ont rapporté un âge

moyen plus bas d'environ 20,5 ans et un ratio de 1,1.

Signes associés

La majorité des patients a présenté la fièvre (64%) tandis que certains n'ont présenté aucun signe associé à l'adénopathie (24%). Souvent de nombreux patients expriment mal leurs plaintes voire même occultent certains renseignements devant la peur de porter une pathologie supposée grave. Certains auteurs à l'instar de S. Ndongo *et al.* [12] ont signalé qu'environ 75% des patients ont présenté une fièvre intermittente associée aux adénopathies.

Caractéristiques des adénopathies

Certains patients ont présenté de multiples adénopathies cervicales de siège jugulo-carotidien avec un diamètre compris entre 3 et 6 cm. Des auteurs comme Kouassi Ndjeundo *et al.* [13] ont trouvé des résultats semblables aux nôtres. En effet, selon ces auteurs 46,2% des adénopathies cervicales chroniques sont de siège jugulaire et 63,1% ont un diamètre variant entre 3 et 6cm. En Mauritanie les auteurs [24] ont observé au contraire qu'une adénopathie cervicale unique constitue un motif fréquent de consultation. Cette observation semble trouvée une explication culturelle. En effet, la majorité des patients en Afrique noire vient tardivement en consultation et n'est pas inquiet lorsqu'apparaît une seule adénopathie cervicale [21]

Types histopathologiques

Les adénopathies cervicales chroniques constituent une circonstance de découverte à plusieurs pathologies dont le diagnostic étiologique ne peut être posé qu'après analyse histopathologique de la pièce d'adénectomie [10,11,12,13].

Dans notre série, la tuberculose ganglionnaire a été la lésion histo-pathologique la plus fréquente (49%) suivie des LMNH (21%), des adénites réactionnelles (15%), des carcinomes épidermoïdes métastatiques (11%), l'histiocytose (2%) et la maladie de CASTLEMAN (2%).

En pathologie infectieuse, la tuberculose ganglionnaire représente environ 30% de toutes les formes de tuberculose extrapulmonaire selon les travaux de Bouchentouf *et al.* [14].

Cette fréquence élevée de la tuberculose ganglionnaire constatée dans notre étude a été aussi observée par de nombreux auteurs, c'est le cas de Sando Z. [25], Razafindrakotto [10], et Amana B. [15, 21] qui ont rapporté

respectivement 39,38%, 59% et 68,96% des cas de tuberculose ganglionnaire dans leurs différentes séries.

Pour Kouassi Ndjeundo *et al.* [13] les LMNH ont occupé la première place suivi des adénites réactionnelles, de la tuberculose ganglionnaire et de métastases des carcinomes. D'autres auteurs ont classé les LMNH en 2^{ème} place comme nous [1]. De toutes ces études on constate que la tuberculose reste endémique à Brazzaville et dans d'autres pays en développement malgré la vaccination comme constatée par Diallo D. *et al.* au Mali [16].

L'adénite réactionnelle est une lésion inflammatoire non spécifique qui accompagne une infection loco-régionale et peut persister plusieurs semaines après l'épisode infectieux [1]. Les cas d'adénites réactionnelles non spécifiques représentaient 15% dans notre étude, proportion inférieure à celles de 21,92% et 20,99% rapportées respectivement par Razafindrakoto *et al.* [10] et Z. Sando *et al.* [11]. Cette différence peut s'expliquer par la faible taille de notre échantillon.

Les carcinomes épidermoïdes métastatiques représentaient une proportion non négligeable de 11% dont 6% revenaient aux cancers du larynx et 5% aux cancers du cavum. Cette proportion est de loin inférieure à celle de 17,28% rapportée par Razafindrakoto *et al.* [10]. Pour cet auteur, les sites des tumeurs primitives seraient en premier lieu l'oropharynx suivi du naso-pharynx et du laryngo-pharynx.

L'histiocytose ganglionnaire et la maladie de CASTLEMAN ont été retrouvées dans notre série à des proportions très faibles (2%). Il s'agissait de pathologies rares dont les causes sont mal connues. En effet, selon A.D. Dia *et al.* [4,8] dans une revue de littérature, l'histiocytose ganglionnaire cervicale peut rentrer dans le cadre de la maladie de Rosai-Dorfman. Il s'agirait d'une prolifération histiocytaire bénigne se traduisant le plus souvent par une macro poly-adénopathie cervicale fébrile. L'atteinte des autres aires ganglionnaires et des viscères est possible.

Cette affection rare et peu connue des cliniciens prête à confusion avec des maladies plus endémiques comme la tuberculose et les lymphomes ganglionnaires.

CONCLUSION

Les adénopathies cervicales chroniques sont une cause relativement fréquente en consultation ORL. Elles touchent toutes les

tranches d'âge avec une légère prédominance masculine.

Plusieurs lésions histopathologiques en cause peuvent être évoquées. Parmi lesquelles la tuberculose ganglionnaire qui occupe la première place bien avant les lymphomes, les adénites réactionnelles, les métastases ganglionnaires, l'histiocytose et la maladie de CASTLEMAN.

Compte-tenu de la place qu'occupent les adénites réactionnelles, une étude immunohistochimique des pièces d'adénectomie s'impose dans le but d'éviter les errances diagnostiques notamment les lymphomes malins non Hodgkiniens.

Ainsi l'adénectomie doit être considérée comme le dernier geste diagnostique et le tout premier geste thérapeutique.

REFERENCES

1. Diebold J, Molina T, Tourneau AL, Audouin J. Difficultés d'interprétation histologique dans le diagnostic entre lymphomes et modifications réactionnelles et/ou inflammatoires en pathologie ganglionnaire. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2008; 406: 43-50.
2. Doumbia-Singare K, Timbo SK, Kamate B, Guindo B, Soumaoro S, Traoré L et al. Tuberculose ganglionnaire cervicale: à propos d'une présentation atypique. *Rev CAMES Santé* vol 3, n°1, Juillet 2015
3. Monnet O, Cohen F, Lecorroller T, Vidal V, Jacquier A, Gaubert JY, Bartoli JM, Moulin G. Adénopathies cervicales. *J Radiol* 2008; 89 (7-8-C2): 1020-36.
4. Galicier L., Boutboul D., Oksenhendler E., Fieschi C., Meignin V. histiocytose sinusale de Rosai-Dorfman. *Presse Med*. 2017; 46: 107-16
5. Béogo R., Birba NE, Coullbaly TA, Traoré I, Ouoba K. Présentations de l'adénite tuberculeuse de la tête et du cou au CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Pan African Med Journal* 2013; 15: 131
6. Segbedji KAR, Djadou KE, Tchagbele OB, Kpegouni M, Bessi Kama LK, Azoumah KD, Agbere AD. Tuberculose de l'enfant au Togo: aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. *Med Santé Tropicales* 2016; 26: 318-22
7. Mouba JF, Miloundja J, Mimbila-Mayi M, Tchouansi Ndjenkam F, N'Zouba L. Tuberculose ganglionnaire cervicale à Libreville : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. *Cahiers d'études et de recherches francophones/santé*, 2011, 0269; 21 (3): 165-8.
8. Néel A, Artifoni M, Donadieu J, Lorillon G, Hamidou M, Tazi A. Histiocytose langerhansienne de l'adulte. *Rev Med Interne*. 36 (2015), 658-67
9. Hamoir M, Troussier I, Machiels JP, Reyckler H, Schmitz S, Thariat J, Grégoire V. Les

adénopathies métastatiques d'un carcinoma épidermoïde sans porte d'entrée. Quelle est l'attitude actuelle? *Bull Cancer* vol 101, N°5, mai 2014

10. Razafindrakoto R.M.J, Rakotoarisoa A.H.N, Ramarozatovo A.H, Rakotomananjo, Rakotonirina T, Randrianandraina M.P. Profil épidémiologique des adénopathies cervicales chroniques à Antananarivo : à propos de 162 cas. *Rev. méd. Madag*. 2012; 2(2):134-137.
11. Sando Z, Ymele Fouelifack, Tsuala Fouogue J, Fouedjio JH. Etude histopathologique des adénopathies cervicales à Yaoundé, Cameroun. *Pamj* 2014; 19: 185-188.
12. Ndongo S, Ndiaye FS, Vickola JA, et al. Profil étiologique des adénopathies cervicales en Médecine Interne: étude de 66 observations à Dakar (Sénégal). *Méd Trop* 2008; 68: 523-7.
13. Kouassi-Ndjeundo JE, Vroh BTS, Ngattia V, Aboua AD, Kouassi A, Kouassi H, Koffi W, Kacoucha N. Caractéristiques épidémiocliniques et histopathologiques des adénopathies cervicales chroniques à Bouaké (Côte-D'Ivoire). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, 2014 vol 21, n°3, 33-6
14. Bouchentouf R, Yasser Z, Aitbenaser MA. Le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de la tuberculose ganglionnaire. *J Fran Viet Pneu* 2012; 03(09): 22-25.
15. Amana B, Kpemisil E, Patassi A, Dakey A, Koura N. Profil étiologique des adénopathies cervicales chroniques en milieu tropical. *Jour Rech Scien Univ Lomé*, 2009, 11 (2)
16. Diallo D, Ouattara A, Traore HA, et al. Etiologies actuelles des adénopathies en Médecine Interne au Mali. *Méd Afr Noire* 2004; 8: 23-8.
17. Mouba JF, Miloundja J, Mimbila-Mayi M, Tchouansi Ndjenkam F, N'Zouba L. Tuberculose ganglionnaire cervicale à Libreville : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. *Cahiers d'études et de recherches francophones santé*, 2011, 0269; 21 (3): 165-8.
18. Mani R, Belcahdi M, Harrathi K et al. Adénopathies cervicales tuberculeuses : place de la chirurgie. *Rev laryngol otol rhinol*, 2005; 126: 99-103.
19. Zaatar R, Biet A, Smail A, Strunski V. tuberculose lymphodonale cervicale: prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Annales d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale* 2009; 169-174.
20. Ondounda M, Gaudong Mbethe L, Mounguengui D, Magne C, Nzenze JR. Profil étiologique des adénopathies en milieu tropical: soixante-dix-huit observations au Gabon. *Med Santé Trop*. 2013; 23: 304-7
21. Darré T, Amégbor K, Sonhaye L, Bissa H, Pegbessou E, Agoda P, Amana B, Boko E, Napo-Koura G. Profil histo-épidémiologique des adénopathies cervicales. A propos de 386 cas d'adénoapthies cervicales observés au CHU de Lomé. *Med Afr Noire*, 2012, vol 59, N°12