



REPUBLICQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE

BP 01-882
BENIN

Tél. +229 21 33 2178/ 21 33 21 63

info@sante.gouv.bj

www.sante.gouv.bj

DIRECTION DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

**DIRECTIVES NATIONALES ET GUIDE
POUR LA PREVENTION ET LE
CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN**

Juin 2017

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé présente ses sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du document des directives nationales de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, en l'occurrence :

- les membres du groupe technique de rédaction,
- les partenaires au développement qui appuient le pays pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

Le Ministre de la Santé est reconnaissant de l'aimable assistance que de nombreuses personnes ont bien voulu apporter à la rédaction de ce précieux document.

Enfin, le Ministre tient à exprimer sa gratitude à l'OMS dont la contribution financière et technique a rendu possible la réalisation du présent ouvrage.

PLAN

REMERCIEMENTS.....	2
PLAN	3
PREFACE	4
COMITE DE LECTURE	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS	11
INTRODUCTION	12
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	14
2. JUSTIFICATION	17
3. OBJECTIFS.....	18
4. PRINCIPES DIRECTEURS	19
5. HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN.....	19
6. DIRECTIVES POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	24
7. DIRECTIVES POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU SEIN....	35
8. PAQUET DE SERVICES, NIVEAU DE SOINS ET PRESTATAIRES DE SERVICE POUR LA PREVENTION TERTIAIRE DU CANCER DU SEIN	47
9. SOINS PALLIATIFS POUR LES CANCERS DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN.....	49
10. SUIVI ET EVALUATION.....	52
CONCLUSION	55
ANNEXES.....	57
TABLE DES MATIERES	78

PREFACE

Le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein constituent de véritables problèmes de santé publique en raison de leur fréquence. A titre d'exemple, environ 275 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du col de l'utérus dans le monde et la plupart de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible (90%) car le diagnostic est souvent fait à des stades avancés de la maladie.

Au Bénin, les femmes qui souffrent et décèdent d'un cancer du col de l'utérus ou d'un cancer du sein sont des femmes ayant encore une famille et des enfants à charge. Leur disparition est donc une grande perte voire une tragédie pour leur famille et leur communauté. Or, comme vous allez le découvrir dans ce guide, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein font partie des cancers les plus faciles à dépister et à traiter, à condition que les mesures de détection précoce soient mises en œuvre. Malheureusement, dans les pays en développement, la majorité des femmes n'ont toujours pas accès aux services de dépistage de ces cancers, si bien que la maladie est souvent détectée trop tardivement pour être soignée. Il est donc urgent d'agir pour remédier à cette situation. Toutes les femmes doivent avoir désormais accès à des services de dépistage efficaces. Pour ce faire, il est indispensable de mener une action concertée et coordonnée pour sensibiliser la population pour une bonne utilisation de ces services. Parallèlement, les prestataires doivent avoir à leur disposition des directives claires destinées à améliorer leurs pratiques.

A ce jour, le Ministère de la Santé ne dispose pas d'un manuel facile d'utilisation rassemblant toutes les informations nécessaires pour la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces cancers. Ce déficit est comblé par l'élaboration de cet ouvrage. Il est conçu de façon à donner aux agents de santé exerçant aux différents niveaux de soins des conseils pratiques et détaillés sur la prévention, la détection précoce et le contrôle du cancer du col et du cancer du sein, ainsi que sur les approches thérapeutiques et palliatives.

Les présentes directives qui prennent en compte la prévention primaire, secondaire et tertiaire permettront d'atteindre notre objectif de réduction de la

morbidité et de la mortalité liées au cancer du col de l'utérus et au cancer du sein.

Je voudrais exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance aux partenaires techniques et financiers ainsi qu'aux cadres nationaux qui ont contribué à sa réalisation. J'exhorte les agents de santé à en faire bon usage car je reste persuadé que c'est à ce prix que nous allons relever le défi dans lequel je nous engage tous.

Le Ministre de la Santé,

Dr Pascal DOSSOU-TOGBE

COMITE D'ORGANISATION ET DE SUPERVISION

Dr DOSSOU TOGBE Pascal, Ministre de la Santé

Dr AGBOHOU HOUINATO Olga, Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant

Dr ASSAVEDO Sibylle, Directrice Adjointe de la Santé de la Mère et de l'Enfant

Dr TOSSOU-BOCO Thierry, Chef Service Santé Maternelle et Infantile à la DSME/MS, Cotonou

Dr HOUNPATIN Benjamin, Maître Assistant de Gynécologie Obstétrique (FSS/UAC), Médecin Appui à la Santé Maternelle et Infantile à la DSME/MS, PHU au CHU-MEL

COMITE DE REDACTION

Dr TONATO BAGNAN Angeline, Maître de Conférences Agrégés de Gynécologie Obstétrique (FSS/UAC), PHU au CHU-MEL, Cotonou

Dr HOUNPATIN Benjamin, Maître Assistant de Gynécologie Obstétrique (FSS/UAC), Médecin Appui à la Santé Maternelle et Infantile à la DSME/MS, PHU au CHU-MEL, Cotonou

Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu, Assistant Chef de Clinique de Gynécologie Obstétrique (FCSFM/UPN), PHU au CHUD-OP, Porto-Novo

Dr TOSSOU-BOCO Thierry, Chef Service Santé Maternelle et Infantile à la DSME/MS, Cotonou

Dr DADJO ADJAGBA Esther, Praticienne Hospitalière de Gynécologie Obstétrique, Représentant le CNGOB, Cotonou

Dr LAWALE Thierry, Médecin de Santé Publique, Chef Service Santé de la Mère et de l'Enfant à la DDS-OP, Porto-Novo

Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme, Assistant de Médecine Interne, Spécialiste des Soins Palliatifs, PHU au CNHU-HKM, Cotonou

Dr GNANGNON Freddy H. R, Médecin de Santé Publique, Cancérologue,
Cotonou

Dr KANMADOZO ADECHOKAN Solange, Praticienne Hospitalière de
Gynécologie Obstétrique, CHU-MEL, Cotonou

Mme BANGBOLA Karamatou, Chef Département PCIME-C à la DSME/MS

Mme BOÏ Odile, Planificatrice, Personne ressource

Mme NAMBONI Carine K, SFE à la DSME

Mme TOTCHENOU H. Marcelle, IAS/SFE, Personne ressource

COMITE DE LECTURE

Dr ADISSO Sosthène, Agrégé de Gynécologie-Obstétrique, Cotonou

Dr ZANNOU Franck Robert, Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant,
Ministère de la Santé du Bénin, Cotonou

Dr TOSSOU BOCO Thierry, Chef service Santé Maternelle et Infantile,
Ministère de la Santé du Bénin, Cotonou

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DDS-OP	Direction Départementale de la Santé de l’Ouémé-Plateau
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
DPP	Direction de la Prospective et de la Planification
HPV	Human Papilloma Virus (Papillomavirus humain)
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
HOMEL	Hôpital de la Mère et de l’Enfant Lagune
CUGO	Clinique Universitaire de Gynécologie et d’Obstétrique
EDS-B	Enquête Démographique et de Santé Bénin
CHDU-B	Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou
IVA	Inspection Visuelle à l’Acide acétique
IVL	Inspection Visuelle au Lugol
CHU-MEL	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l’Enfant Lagune
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d’Obstétrique
HAS	Haute Autorité de la Santé
PF	Planification Familiale
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia (lésion néoplasique intra-épithéliale)
ADN	Acide DésoxyriboNucléique
FCV	Frottis Cervico-Vaginal

CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
RAD (LEEP)	Résection à l'Anse Diathermique (Loop Electrosurgical Excision Procédure)
SCC	Squamous Cell Carcinoma
ACE	Antigène Carcino-Embryonnaire
CA-125	Carbohydrate Antigen 125 (Cancer Antigen 125)
HZ	Hôpital de Zone
CS	Centre de Santé
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
CHDU-B	Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
BRCA	Breast cancer
SBR	Scarff Bloom et Richardson (grade histopronostique)
TDM	Tomodensitométrie (scanner)
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
CIS	Carcinome In Situ
CCIS	Carcinome Canalaire In Situ
CLIS	Carcinome Lobulaire In Situ
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
CIS	Carcinome in situ
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

CR SR	Centre de Recherche en Santé de Reproduction
PEC	Prise En Charge
MS	Ministre de la Santé
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
FCSFM	Faculté à Caractère Spécial de Formation Médicale
UAC	Universitaire d'Abomey-Calavi
UPN	Université de Porto-Novo
CNGOB	Collège National des Gynécologue Obstétriciens du Bénin
ASFB	Association des Sages-Femmes du Bénin

DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS

La **prévention primaire** comporte l'éducation, la sensibilisation et la vaccination ;

La **prévention secondaire** porte sur le dépistage et le traitement des lésions ;

La **prévention tertiaire** désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue des complications et les rechutes des maladies.

Elle comprend toutes les activités cliniques menées après le diagnostic de la maladie et destinées à empêcher la détérioration de l'état du malade ou les complications.

Soins palliatifs

Selon l'OMS, « les **soins palliatifs** sont une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles, faisant face aux problèmes associés aux maladies menaçant le pronostic vital, par la prévention et la délivrance de la souffrance. La délivrance de la souffrance est réalisée par l'identification précoce, un examen approprié et le contrôle de la douleur et des autres problèmes physiques, psycho-sociaux et spirituels».

INTRODUCTION

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein représentent les cancers les plus fréquents chez la femme avec une incidence croissante, surtout dans les pays en développement. Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde, suivi du cancer du col utérin. Chaque année, environ 530 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués avec 275 000 décès dont près de 90% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Au Bénin, selon les résultats de Globocan 2012, l'incidence standardisée du cancer du col de l'utérus est de 27,6 nouveaux cas pour 100 000 femmes avec un taux de décès de 17,8 pour 100 000 femmes. Selon le rapport 2014 de l'OMS sur les cancers, celui du sein a une incidence standardisée de 30,2 cas pour 100 000 femmes.

Dans les pays à revenu élevé, le diagnostic et le traitement précoces des lésions précancéreuses ont permis une réduction significative de la morbidité et de la mortalité liées au cancer du col de l'utérus.

Le cancer du sein quant à lui est une maladie générale dont l'étiologie n'est pas complètement élucidée. Néanmoins, ce cancer peut être guéri ou au moins avoir un meilleur pronostic lorsqu'il est détecté précocement. Sa détection précoce permet d'instaurer une thérapeutique chirurgicale conservatrice moins lourde sur les plans psychologique et médical, ce qui améliore le pronostic.

L'absence de programme de prévention dédié et de traitement adapté dans les pays à faible revenu, est la raison principale du déséquilibre observé sur le plan épidémiologique par rapport aux pays développés.

Il est donc urgent d'agir pour remédier à cette situation. Ainsi toutes les femmes doivent avoir accès à des services de prévention abordables et efficaces. Ces services doivent faire partie d'un vaste programme destiné à améliorer la santé sexuelle et génésique. Parallèlement, il est indispensable de mener une action concertée et coordonnée pour sensibiliser la population à la prévention et au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Ce guide est destiné à l'usage de tous ceux qui, par les soins qu'ils prodiguent, contribuent à réduire la charge que représentent le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. Il est centré sur les connaissances et les compétences indispensables aux prestataires des différents niveaux de soins, pour qu'ils puissent proposer des services de qualité en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs du cancer du col et du cancer sein.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au plan épidémiologique, le cancer du col de l'utérus arrive au deuxième rang des cancers féminins et reste la première cause de décès lié au cancer chez les femmes dans les pays en développement. D'après les estimations de l'OMS, il y a, chaque année, près de 530 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus dans le monde. De même, le cancer du col de l'utérus cause, chaque année, environ 275 000 décès dont près de 90% dans des pays en développement.

En République du Bénin, le cancer du col de l'utérus (16,9%) vient au second rang des cancers de la femme après le cancer du sein (30%) selon une étude publiée en 2000. Une autre étude réalisée de 2000 à 2008 à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM et à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou montre aussi que le cancer du sein vient en tête avec 44,3% suivi du cancer du col de l'utérus avec 26,7%¹. Même si la mortalité liée au cancer du sein est relativement plus faible que celle du cancer du col de l'utérus, il faut noter que sa prise en charge est assez lourde et comporte souvent un préjudice esthétique si la découverte est tardive.

Au plan socio-culturel, le contexte est marqué par la présence d'un certain nombre de facteurs de risque qui entretiennent la survenue et, dans une moindre mesure, l'évolution fatale de ces cancers. Ce sont :

1. La précocité des rapports sexuels et de l'accouchement ainsi que la multiplicité de partenaires sexuels. Selon l'EDSB IV, 15% des adolescents de moins de 15 ans ont déjà eu leur premier rapport sexuel et à 16 ans, plus de la moitié sont concernés. De même, chez les adolescentes de moins de 20 ans, 17% ont déjà eu ou attendent un enfant.
2. Le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein concernent des organes qui font partie de "l'intimité de la femme". De ce fait, les problèmes de ces organes représentent très souvent un sujet tabou, surtout en milieu

rural ou quand l'agent de santé est de culture différente. De plus, en dehors de la période de la gravidité-puerpéralité, très peu d'attention est accordée à la santé sexuelle de la femme.

3. La prolifération de structures qui proposent des "remèdes miracles" aux patientes. Ces structures attirent souvent en première intention les patientes qui ne se réfèrent aux services appropriés qu'à des stades très avancés de la maladie surtout que l'origine exclusivement organique des maladies est rarement admise.

Au plan sanitaire, ces cancers sont perçus comme une priorité à résoudre dans le Plan National Triennal de Lutte contre les Cancers (2013-2015). Toutefois, aucune directive nationale de prévention, de dépistage et de contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein n'est disponible. De plus :

1. Le registre des cancers mis en place à Cotonou est fonctionnel depuis 2013. Mais il est confronté actuellement à un problème de complétude lié au financement de la collecte active des données.
2. Pour le volet du dépistage, en dehors de campagnes de dépistage de masse, le dépistage de routine du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein ne se fait qu'à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO), au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou et au Centre Hospitalier Départemental Universitaire du Borgou (CHDU-B) par la palpation mammaire (sein) et la technique IVA, IVL (col de l'utérus). Mais ces structures sont confrontées parfois à des ruptures de stock de réactif pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.
3. Quant à la prévention vaccinale du cancer du col de l'utérus, aucun programme de vaccination de grande masse n'est en cours. Cependant, le vaccin est disponible et est administré dans des cas isolés. Grâce à un appui financier de GAVI, le Bénin s'apprête à démarrer une phase pilote de vaccination contre le HPV dans deux zones sanitaires (Abomey-Calavi et Djougou).

4. La prise en charge des cancers se limite à la chirurgie, à la chimiothérapie et aux soins palliatifs. La radiothérapie n'est pas encore disponible. En outre, le personnel qualifié en oncologie n'est pas disponible en quantité suffisante. Notons cependant que les dispositifs de traitement des lésions précancéreuses sont disponibles dans certaines structures (CHU-MEL, CUGO).

2. JUSTIFICATION

C'est dans les pays en développement que sont diagnostiqués la majorité des nouveaux cas de cancer, la plupart à un stade avancé. Au Bénin, les études ont montré que dans 75% des cas, les cancers du col sont découverts à des stades III et IV².

Cependant, il existe des moyens de lutte efficace contre l'évolution du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein vers des stades avancés de la maladie. Cela passe par le dépistage (IVA IVL, palpation mammaire, mammographie) et le traitement des lésions précancéreuses éventuelles. L'expérience des pays développés a montré que la mise en œuvre des programmes de dépistage bien organisés avec une couverture géographique élevée, peut considérablement réduire le nombre de nouveaux cas de ces deux cancers et la mortalité associée.

Au Bénin, la lutte contre les cancers en général est confrontée à des problèmes d'accessibilité géographique, financière et culturelle ainsi qu'à des problèmes de disponibilité et de continuité des services. L'accès au service de dépistage est donc très limité dans le pays. Le dépistage de routine et la prise en charge ne se font que dans quelques rares centres. Néanmoins, les campagnes de dépistage ont montré qu'il y a une bonne acceptabilité du dépistage aussi bien pour le cancer du sein que pour le cancer du col de l'utérus. Au cours d'une campagne de dépistage organisé en 2012 à Natitingou, 394 femmes ont bénéficié d'IVA-IVL dont une présentait une dysplasie modérée associée à un carcinome épidermoïde. Mais les campagnes ne touchent pas un grand nombre de personnes et ne sont initiées que dans des circonstances bien précises. Ainsi, il est évident que ce n'est qu'une petite partie des femmes qui ont réellement besoin du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses qui en bénéficie réellement.

Face à cette situation, le Programme National de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles a élaboré et mis en œuvre partiellement un plan triennal de lutte

contre les cancers pour la période 2013-2015. Ce plan n'est pas spécifique pour le cancer du col cependant, sa mise en œuvre a permis de renforcer surtout la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Mais le constat est que ces efforts sont limités dans le temps et dans l'espace.

Compte tenu de la situation, le défi actuel est de mettre en place un cadre normatif national assurant un accès équitable aux services de qualité de prévention et de contrôle du cancer du col et du cancer du sein à toutes les femmes. Ces services doivent être disponibles jusqu'au niveau le plus décentralisé de la pyramide sanitaire afin de garantir leur continuité. Il est donc important que dans chaque zone sanitaire le personnel de santé soit formé et outillé pour assurer le dépistage systématique au cours des consultations de routine et avoir les attitudes et réactions subséquentes.

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Améliorer la qualité de la prévention et du contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

3.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le paquet de services de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein par niveau de la pyramide sanitaire.
- Fournir aux prestataires un référentiel pour standardiser les procédures de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.
- Décrire le cadre de suivi-évaluation.

4. PRINCIPES DIRECTEURS

Le présent document repose sur :

1. Le droit des femmes à avoir accès à des services de santé de qualité sans aucune discrimination liée à leur âge, leur sexe, leur religion, leurs conditions sociales ou les pesanteurs socioculturelles.
2. La nécessité de rendre disponibles les mesures de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
3. L'intégration des activités de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein aux autres services de la Santé de Reproduction en routine et en campagne de masse.
4. La mise en place d'un système d'information performant permettant de collecter des données sur le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein à l'échelle nationale.

5. HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN

5.1. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

L'infection persistante ou chronique avec un ou plusieurs types de virus du papillome humain – dits à « haut risque » ou oncogéniques – est la principale cause de carcinome cellulaire épidermoïde. Les types de HPV oncogéniques les plus fréquents sont les types 16 et 18 que l'on retrouve dans 70% de tous les cas de cancer du col notifiés. Les autres types oncogéniques (31, 33, 45 et 58) sont moins courants et leur prévalence varie selon les régions géographiques. Les facteurs déterminants de l'infection par le HPV, à la fois chez l'homme et chez la femme, sont directement liés au comportement sexuel. La plupart des femmes infectées ne vont pas développer cette maladie pour autant. En effet, indépendamment du type viral, la plupart des infections HPV sont passagères et seul, un petit nombre vont persister et encore moins nombreuses sont celles qui déboucheront sur des lésions précancéreuses ou un cancer invasif du col.

Au cours de l'adolescence et au moment de la première grossesse, quand se produit la métaplasie pavimenteuse, l'infection par le HPV est susceptible d'induire des changements dans les cellules nouvellement formées, avec notamment l'incorporation de particules virales dans l'ADN cellulaire. Si le virus persiste, il peut ainsi interférer avec le contrôle normal de la multiplication cellulaire et être à l'origine de lésions précancéreuses et, plus tard, d'un cancer.

Il s'écoule un temps variable entre le moment de l'infection par le HPV et le moment où un cancer se développe. La plupart des dysplasies légères se résorbent spontanément et seulement 10% évoluent vers une dysplasie modérée ou sévère dans les 2 à 4 ans qui suivent. Dans certains cas, des dysplasies modérées ou sévères peuvent apparaître sans passer par le stade décelable de dysplasie légère. Moins de 50% des cas de dysplasie sévère évoluent vers un cancer invasif. Ce pourcentage est encore plus faible chez les jeunes femmes.

La lenteur avec laquelle une dysplasie légère évolue jusqu'au stade de carcinome (il faut habituellement entre 10 et 20 ans) fait du cancer du col une maladie relativement facile à prévenir et justifie donc son dépistage.

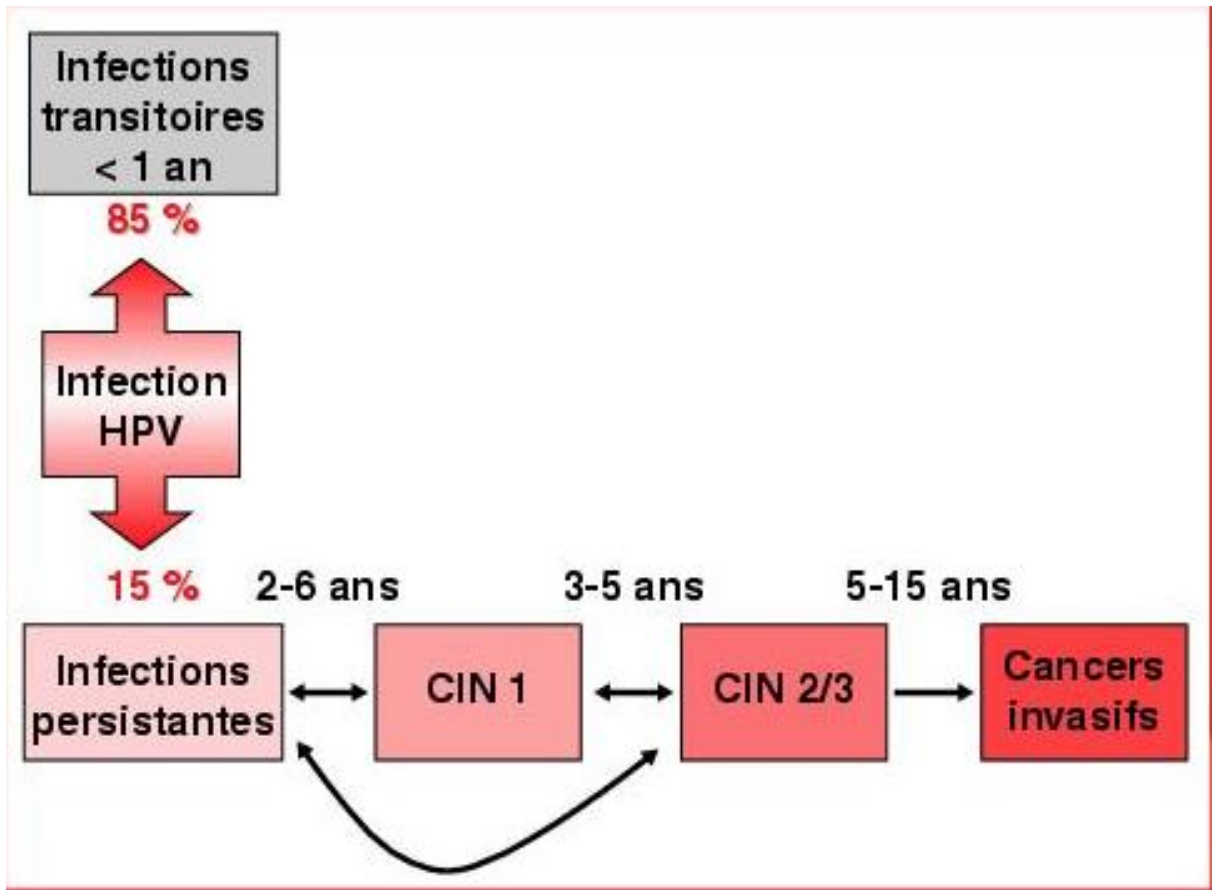


Figure 1: histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

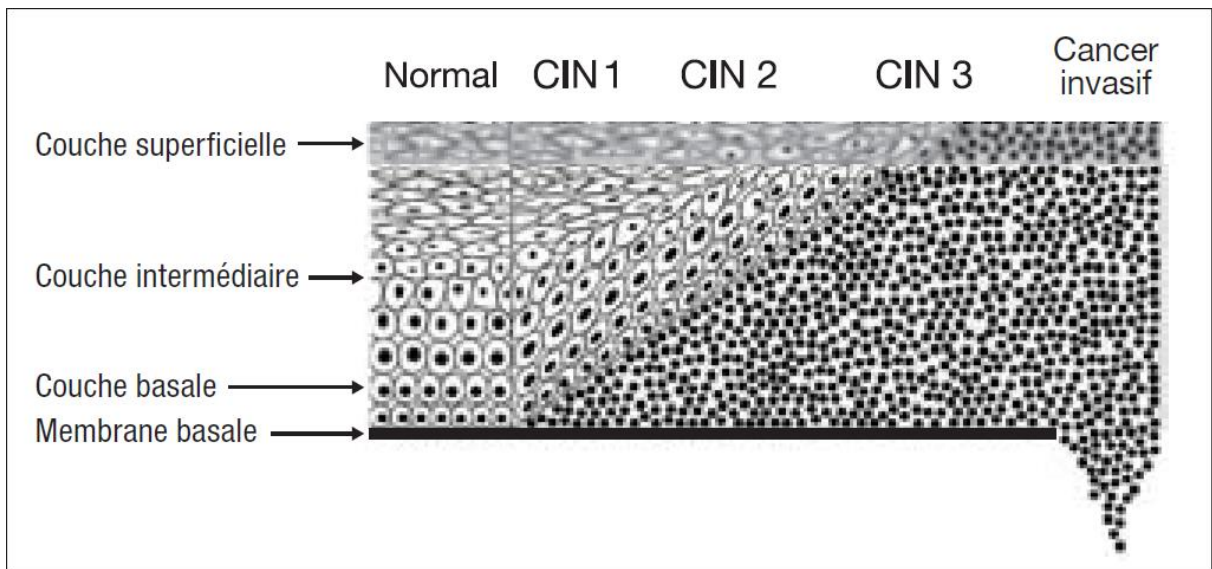


Figure 2: Evolution de l'épithélium normal vers un cancer invasif

En l'absence de traitement, l'extension tumorale locale se fait vers la cavité vaginale ou le tissu paravaginal et les paramètres avec possibilité d'infiltration de la vessie et/ou du col.

Les métastases se font par voie lymphatique vers les ganglions pelviens vers les para-aortiques puis les supra-claviculaires et par voie hématogène vers le foie, les poumons, les os.

La survenue du cancer du col de l'utérus est favorisée par certains facteurs :

- Multipartenariat sexuel
- Premier contact sexuel à un âge précoce (<15 ans)
- Hygiène sexuelle médiocre (la circoncision chez l'homme serait protectrice)
- Déficit immunitaire, immunosuppression, VIH
- Tabagisme, contraception hormonale

5.2. Histoire naturelle du cancer du sein

Comme la plupart des cancers, le cancer du sein met 6 à 10 ans pour passer de la première cellule cancéreuse à la tumeur de 2 cm de diamètre.

Le temps moyen pour que la tumeur double de taille est de 100 jours. La tumeur devient décelable cliniquement à partir d'une taille de 1 cm de diamètre si le sein est de taille moyenne.

Localement l'extension se fait vers la paroi thoracique et la peau.

L'évolution du cancer du sein se fait par extension régionale vers les ganglions lymphatiques des chaînes mammaires interne et externe et ceux des creux axillaires et sus claviculaires (Figure 3).

Les métastases par voie hématogène se font préférentiellement vers les poumons et plèvres, le foie, les os, le système nerveux central, la peau, les ovaires.

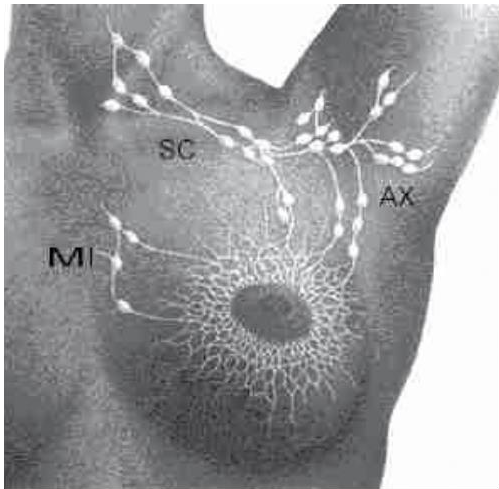


Figure 3: Extension lymphatique du cancer du sein

Facteurs de risque

Dans 70–80 % des cas le cancer du sein survient chez les patientes ne présentant aucun facteur de risque. Cependant les facteurs suivants sont incriminés dans la survenue de cancer du sein :

Facteurs familiaux

- Antécédent familial de cancer du sein

Facteurs hormonaux et de la vie reproductive

- Ménarche précoce,
- Ménopause tardive,
- Nulliparité
- Absence d'allaitement
- Première grossesse tardive
- Âge > 50 ans
- Utilisation prolongée de contraceptifs oraux (il n'est pas nécessaire de limiter l'utilisation des contraceptifs hormonaux en dépit de la légère augmentation du risque du cancer observée)

Facteurs génétiques

Les mutations germinales des oncogènes entraînent une augmentation du risque (<10 % des patientes atteintes du cancer du sein) :

- BRCA1, BRCA2 ;
- p53 (syndrome de Li-Fraumeni).

Autres facteurs de risque

- Abus d'alcool.
- Exposition à des radiations.
- Obésité et inactivité physique
- Hyperplasie canalaire lobulaire atypique.
- Pathologies bénignes du sein (augmentation minimale du risque, sauf en cas de détection de comportement atypique à l'histologie).

6. DIRECTIVES POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

6.1 Prévention primaire du cancer du col de l'utérus

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus comporte 2 volets :

1^{er} volet : Education et sensibilisation

Elle vise l'éviction des facteurs de risques tels que :

- Multipartenariat sexuel
- Rapport sexuel précoce (<15 ans)
- Mauvaise hygiène sexuelle
- Tabagisme

2^{ième} volet : Vaccination contre le HPV

Il existe deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains génotypes oncogènes du papillomavirus humain: un vaccin recombinant quadrivalent (génotypes 6, 11, 16 et 18) et un vaccin recombinant bivalent (génotypes 16 et 18).

Assurer une large couverture par un vaccin HPV efficace et abordable permettra d'éviter la survenue de l'infection chez les jeunes filles.

Population cible : jeunes filles de 9 à 13 ans.

Vaccination de « rattrapage » envisageable chez jeunes filles et femmes de 13 à 25 ans (pas encore de rapports sexuels ou au plus tard dans les 12mois suivants le début de leur vie sexuelle).

Niveau de soins	Paquet de service	Prestataires de service
Périphérique (HZ, CS, Privés, Centres confessionnels et associatifs)	Education et sensibilisation pour un changement de comportements	Relais communautaire Leader d'opinion Tout agent de santé
	Vaccination contre le HPV	Médecin Sage-femme Infirmier (ère)
Intermédiaire (CHD)	Education et sensibilisation pour un changement de comportements Vaccination contre le HPV	Médecins spécialistes Médecin généraliste Sage-femme Infirmier (ère) Assistante sociale
Central (CHU)	Education et sensibilisation pour un changement de comportements Vaccination contre le HPV	Médecins spécialistes Médecin généraliste Sage-femme Infirmier (ère) Assistante sociale

6.2. Prévention secondaire du cancer du col de l'utérus

La prévention secondaire du cancer du col de l'utérus comprend deux volets:

- le dépistage
- le traitement des lésions précancéreuses.

6.2.1. DEPISTAGE

IMPORTANT

Le cancer du col de l'utérus est curable s'il est diagnostiqué au début de son évolution permettant ainsi une réduction significative de la morbidité et de la mortalité imputable à cette pathologie.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus consiste à rechercher les lésions précancéreuses et cancéreuses chez toutes les femmes, qui dans la plupart des cas ne présentent aucun symptôme.

La population cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus concerne toutes les femmes âgées de 25 ans à 65 ans y compris les femmes enceintes.

Le dépistage sera répété tous les trois ans si les résultats sont négatifs ou plus fréquemment si nécessaire.

Le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus se fait par deux méthodes :

- Cytologie du col (Frottis),
- Méthodes d'inspection visuelle du col utérin : IVA/IVL

Ces deux méthodes doivent être complétées en cas d'anomalies par :

- la colposcopie
- la biopsie

- la recherche de l'ADN du HPV, en cas de nécessité.

Chacune de ces méthodes présente des avantages, des inconvénients et des exigences dont il faut tenir compte.

Cytologie ou Frottis Cervico-Vaginal (FCV)

Le FCV permet de dépister les lésions intra-épithéliales avec une sensibilité de 47-62% et une spécificité de 60-95%. Cette technique nécessite du personnel qualifié, un matériel spécifique et le résultat n'est pas disponible dans l'immédiat.

Rythme

- Le 1^{er} frottis est réalisé à 25 ans ou dans les mois suivants les premiers rapports sexuels.
- Le 2^e frottis sera réalisé un an après le 1^{er} frottis.
- Si les 1^{er} et 2^{ème} frottis sont négatifs, on réalise un frottis de dépistage tous les 3 ans jusqu'à 49 ans.
- Pour les femmes de plus de 50 ans, un dépistage tous les 5 ans est suffisant.
- Le dépistage n'est pas nécessaire chez les femmes de plus de 65 ans, sous réserve que les deux précédents frottis aient été négatifs.

Conditions

Le frottis est réalisé:

- ✓ en dehors des règles,
- ✓ en absence d'infection ou de tout traitement local,
- ✓ pas de rapport sexuel depuis 24h,
- ✓ pas de toilette vaginale depuis 24h.

6.2.2. Méthodes d'inspection visuelle

Il existe deux méthodes d'inspection visuelle :

- L'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) ;

- L'inspection visuelle au Lugol (IVL).

Les méthodes d'inspection visuelle consistent à inspecter le col, avec ou sans grossissement optique, après l'avoir badigeonné d'acide acétique (ou vinaigre blanc) dilué (IVA) ou de soluté de Lugol (IVL). Elles permettent de dépister les lésions précancéreuses avec une sensibilité de 67-79% et une spécificité de 49-86%.

L'IVA et l'IVL sont des techniques relativement simples, se réalisent en consultation de gynécologie et peuvent être appliquées par des médecins, des infirmiers (ères) et des sages-femmes formés.

Les résultats sont immédiatement disponibles, ce qui évite les visites multiples et réduit ainsi le taux de pertues de vue pendant le suivi.

Dans la mesure où elles ne nécessitent aucun service de laboratoire, l'IVA et l'IVL constituent des alternatives à la cytologie, dans les milieux aux ressources limitées.

Rythme

Il est recommandé de faire un dépistage par IVA/IVL une fois par an jusqu'à 65 ans.

En cas d'anomalie au frottis ou aux méthodes visuelles (IVA-IVL), une **colposcopie** est réalisée pour une **biopsie** éventuelle.

Méthodes de dépistage basées sur la recherche d'ADN du HPV

La sensibilité du test HPV varie de 50 à 95% et sa spécificité varie de 50% à 95%.

Cependant la recherche d'ADN du HPV nécessite actuellement un équipement de laboratoire sophistiqué et onéreux.

6.2.3. Traitement des lésions précancéreuses

Le traitement des lésions intra-épithéliales fait appel :

- soit à des méthodes destructrices telles : la cryothérapie, la destruction au Laser ou l'électrocoagulation,
- soit à des méthodes d'exérèse notamment la résection à l'anse diathermique (RAD), la conisation au bistouri, l'amputation du col ou l'hystérectomie.

La cryothérapie

Elle est un mode de traitement sûr et efficace dans la majorité des cas de pré-cancer du col utérin avec un taux de guérison de 75 à 85%. La technique exige un équipement spécial, mais est plus simple que celle des autres méthodes de traitement des lésions précancéreuses.

La stratégie la plus rentable et efficace de détection et traitement des précurseurs du cancer du col utérin dans les contextes à faibles ressources est le dépistage par IVA-IVL, suivi d'un traitement par cryothérapie. Cette stratégie s'exécute idéalement en une seule visite et peut être confiée à un médecin ou autre personnel non médical compétent (infirmières et sages-femmes).

Dans les cas où la cryothérapie ne serait pas indiquée, il faut recourir aux autres méthodes de traitement, à savoir la **résection à l'anse diathermique (RAD)** ou la **conisation au bistouri**.

6.2.4. Suivi

Le suivi des patientes traitées pour une lésion intra-épithéliale est utile et nécessaire. Il doit permettre la détection des lésions résiduelles et récurrentes à partir desquelles un cancer est susceptible de se développer. Ces lésions surviennent en général dans les premières années post-opératoires.

La patiente traitée pour lésion précancéreuse doit être convoquée pour un contrôle colposcopique :

- 6 mois après,
- puis tous les ans pendant 5 ans.

Si tous les examens s'avéraient normaux, la patiente doit être adressée au niveau périphérique pour être suivi dans le cadre du programme de dépistage habituel tous les 3 ans.

Si lors de l'un des différents contrôles, le gynécologue note l'apparition d'une anomalie, une décision de prise en charge sera retenue en fonction des lésions observées.

6.2.5. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention secondaire

Niveaux de soins	Paquets de soins	Prestataires de service formés
Niveau périphérique (CS, HZ, Privés, Centres confessionnels, Centres associatifs)	IVA-IVL Cryothérapie RAD ou Conisation au bistouri Hystérectomie simple Référence	Infirmiers (ères) Sages-femmes Médecins généralistes Médecins spécialistes
Niveau intermédiaire (CHD)	IVA-IVL Cytologie (FCV) Colposcopie Biopsie Cryothérapie RAD ou Conisation au bistouri Hystérectomie simple	Infirmiers (ères) Sages-femmes Médecins généralistes Médecins spécialistes

Niveau central (CHU)	IVA-IVL	Infirmiers (ères)
	Cytologie (FCV)	Sages-femmes
	Colposcopie	Médecins généralistes
	Biopsie	Internes des hôpitaux
	Cryothérapie	Médecins spécialistes
	RAD ou Conisation au bistouri	
	Hystérectomie simple	

6.3. Prévention tertiaire du cancer du col de l'utérus

La prévention tertiaire du cancer du col de l'utérus concerne le diagnostic et le traitement des cancers avérés. Le traitement est basé sur la chirurgie, la radiothérapie et parfois la chimiothérapie

6.3.1. Diagnostic

Symptômes précoces

- Ecoulement vaginal avec traces de sang
- Métrorragies,
- Saignement au contact au cours des gestes quotidiens de la vie (toilette intime, rapport sexuel)

Symptômes tardifs

- Altération de l'état général : Fatigue, perte de poids, baisse de la performance

- Douleur du flanc avec ou sans irradiant vers la partie interne de la cuisse
- Œdème des membres inférieurs

Examen physique

- Examen au spéculum
- Toucher vaginal
- Palpation bi-digitale de la cloison recto-vaginale

Examens à visée diagnostique

- Colposcopie
- Biopsie
- Curetage endo-cervical
- Hystéroskopie
- Examen anatomo-pathologique

Examens à visée de retentissement et de suivi

- Hémogramme, ionogramme sanguin, tests de la coagulation, bilan hépatique et rénal.
- Marqueurs tumoraux : SCC, ACE, CA 125 (adénocarcinome) pour le suivi.

Bilan d'extension

- Radiographie pulmonaire.
- Echographie abdominale et pelvienne,
- IRM pelvienne / TDM abdominale,
- Urographie intraveineuse,
- Cystoscopie / rectoscopie,
- Lavement baryté du côlon,

6.4. Classification du cancer du col de l'utérus

Il est indispensable de bien connaître l'étendue ou le "stade" de la maladie au moment du diagnostic pour mettre en place la thérapie la plus efficace pour la personne concernée.

Pour classier le cancer du col, il est recommandé d'utiliser le système de la Fédération Internationale d'Obstétrique et de Gynécologie (FIGO), qui détermine le stade du cancer d'après la taille de la tumeur et son extension au pelvis et aux organes distants. En revanche, cette classification ne concerne pas les cancers micro-invasifs du col qui sont classés en fonction de critères pathologiques de profondeur et de largeur de la lésion invasive par rapport à l'épithélium d'origine (soit pavimenteux, soit cylindrique).

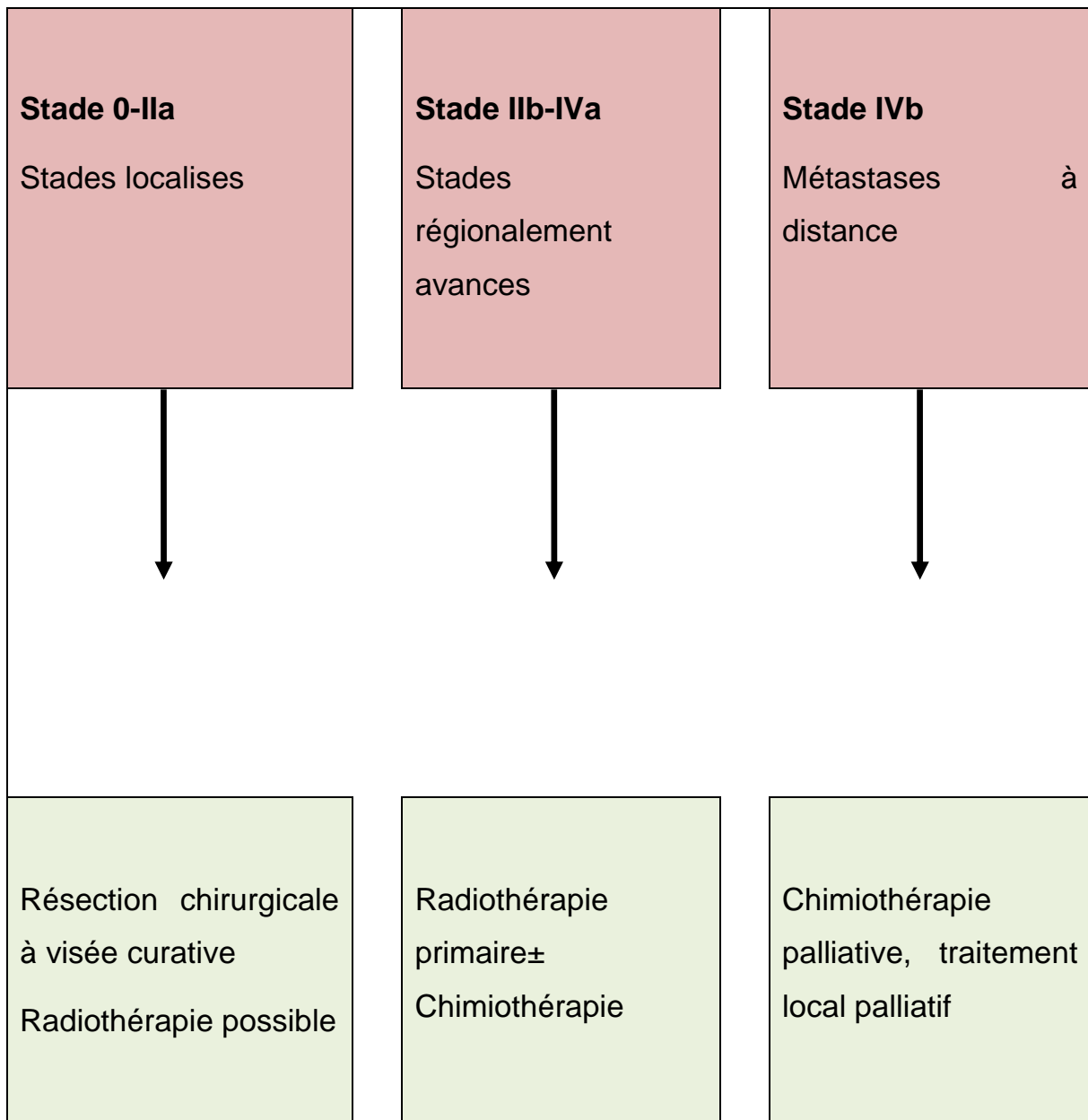
L'examen clinique, associé à un petit nombre de méthodes diagnostiques relativement peu sophistiquées, permet de classier le cancer.

6.5. Traitement

6.5.1. Principes thérapeutiques

- Le traitement du cancer est pluridisciplinaire.
- Le traitement doit être adapté au mieux des intérêts de la patiente.
- Le choix du traitement dépendra du type de tumeur, de son stade, de l'état général de la patiente, de la disponibilité et du plateau technique (chirurgie, radiothérapie, oncologie médicale).

Schéma thérapeutique



IMPORTANT

**Dans tous les cas les dossiers doivent être discutés en RCP
(Réunion de Concertation Pluridisciplinaires)**

6.5.2. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention tertiaire

Niveaux de soins	Stades	Paquets de soins	Prestataires de service formés
Niveau périphérique (HZ, Privés, Centres confessionnels, Centres associatifs)	0 à IIa		Médecins spécialistes
Niveau intermédiaire (CHD)			
Niveau central (CHU)			

7. DIRECTIVES POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU SEIN

7.1. Prévention primaire du cancer du sein

La prévention primaire du cancer du sein fait surtout recours aux mesures générales d'hygiène de vie générale en relation avec les facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir par la communication pour le changement de comportement :

- Promouvoir l'activité physique,
- Eviter la sédentarité,
- Eviter l'obésité,
- Eviter la consommation abusive d'alcool et de graisse animale.

Dans le cas particulier des patientes présentant des facteurs de risque avérés (mutation du gène BRCA), la mastectomie bilatérale préventive

associée ou non à une ovariectomie bilatérale est une mesure très efficace pour éviter le développement de cancer du sein. * (*world cancer report 2014*)

7.1.1. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention primaire du cancer du sein

Niveau de soins	Paquet de service	Prestataires de service
Périphérique (Hôpital de Zone, centre de santé publique, privés, confessionnels et associatifs)	Education et sensibilisation pour un changement de comportements	Relais communautaire Leader d'opinion Tout agent de santé
Intermédiaire (CHD)	Education et sensibilisation pour un changement de comportements Recherche mutation du gène BRCA : Mastectomie bilatérale +/- ovariectomie	Assistante sociale Infirmier (ère) Sage-femme Médecin généraliste Médecins spécialistes
Central (CHU)	Education et sensibilisation pour un changement de comportements	Assistante sociale Infirmier (ère) Sage-femme Médecin généraliste

		Médecins spécialistes
	Recherche mutation du gène BRCA : Mastectomie bilatérale +/- ovariectomie	Médecins spécialistes

7.2. Prévention secondaire du cancer du sein

La prévention secondaire du cancer du sein se résume essentiellement au dépistage.

7.2.1. Dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein comporte trois volets:

- La mammographie,
- L'auto-examen régulier des seins
- L'examen clinique régulier par le personnel de santé qualifié

7.2.1.1. Mammographie

La mammographie nécessite des ressources humaines qualifiées et un équipement spécifique.

La population cible pour le bilan systématique de dépistage recommandé du cancer du sein par mammographie est représentée par toutes les femmes âgées de 50 à 78 ans révolus (HAS, 2009).

Rythme

- La mammographie doit être réalisée **tous les deux ans** si le résultat du test antérieur est négatif.

- En cas de risque élevé du cancer du sein (antécédent familial de cancer du sein), une mammographie annuelle (en association éventuelle avec une échographie mammaire) dès l'âge de 30 ans.

7.2.1.2. Auto-examen des seins

L'auto-examen des seins est réalisé par la patiente elle-même chaque mois juste à la fin des règles.

Pour les femmes ménopausées, il est réalisé chaque mois à une date fixe.

7.2.1.3. Examen clinique

- Pour toutes les femmes, un examen clinique mammaire annuel est recommandé dès l'âge de 25 ans.
- En cas de risque élevé du cancer du sein, il est réalisé un examen clinique annuel voire tous les 6 mois dès l'âge de 20 ans.

Après un interrogatoire à la recherche des facteurs de risque, l'examen clinique des seins doit être méthodique sous un bon éclairage.

L'examen comporte l'inspection et la palpation des seins et des aires ganglionnaires (axillaires, sus et sous-claviculaires).

A la fin de l'examen clinique, trois cas de figures sont possibles :

- Examen clinique normal sans facteurs de risque du cancer du sein. Le professionnel rassure la patiente et lui conseille de respecter le programme de dépistage standard.
- Examen clinique normal avec facteurs de risque présents chez la patiente. Le professionnel de santé oriente la patiente vers un spécialiste pour un suivi adapté.
- Examen clinique anormal. La patiente est orientée vers un spécialiste pour un suivi adapté.

IMPORTANT

La mammographie est l'examen de référence dans le dépistage du cancer du sein

Autres examens complémentaires

En cas d'anomalie à l'examen clinique des seins ou à la mammographie, les examens suivants sont nécessaires :

Echographie mammaire

L'échographie n'est pas systématique; quand elle est indiquée, elle apporte un complément d'informations pour le diagnostic.

Cytologie (Cytoponction + cytologie de l'écoulement)

L'examen cytologique peut concerner le prélèvement par ponction ou d'un écoulement mamelonnaire. Il peut confirmer le diagnostic de cancer du sein s'il y a présence de cellules malignes. Une cytologie suspecte ou négative ne permet pas d'écarter le diagnostic de cancer.

IMPORTANT

Une cytologie n'a de valeur que si elle est positive.

Examen anatomo-pathologique

L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic, d'établir le grade histopronostique (SBR), de pratiquer le dosage des récepteurs hormonaux aux œstrogènes et à la progestérone et de rechercher la surexpression de l'oncogène HER2.

Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention secondaire du cancer du sein

Niveau de soins	Paquet de service	Prestataires de service
Périphérique (Hôpital de Zone, centre de santé)	Auto examen des seins Examen clinique Mammographie*	Patiente Sage-femme Infirmier (ère) Médecins généralistes

<p>publique, privés, confessionne ls et associatifs)</p>	<p>Echographie* Biopsie *</p>	<p>Médecins spécialistes</p>
<p>Intermédiaire (CHD)</p>	<p>Auto examen des seins Examen clinique Mammographie* Echographie* Biopsie* Cytologie* Anatomo – pathologie*</p>	<p>Patiente Médecins spécialistes Médecins généralistes Sage-femme Infirmier (ère)</p>
<p>Central (CHU)</p>	<p>Auto examen des seins Examen clinique Mammographie* Echographie * Biopsie * Cytologie* Anatomo – pathologie*</p>	<p>Patiente Médecins spécialistes Médecin généraliste Sage-femme Infirmier (ère) Assistante sociale</p>

***actes à réaliser par les spécialistes**

7.3. Prévention tertiaire du cancer du sein

Diagnostic

Symptômes principaux

- Masse dure, non douloureuse dans le sein ou le creux axillaire (dans 70 % des cas).
- Écoulement séreux ou sanglant du mamelon.
- Eczéma (lésion prurigineuse) du mamelon.
- Protrusion ou inversion du mamelon.
- Ulcération du sein

Antécédents

- Antécédents familiaux et personnels à la recherche des facteurs de risque.

Examen physique

- Examen des deux seins (inspection, palpation, mensuration).
- Examen des ganglions lymphatiques, en particulier les ganglions axillaires et sus et sous claviculaires.
- Examen général

Bilan à visée diagnostique :

Histologie :

L'examen anatomopathologique nécessite un prélèvement tissulaire généralement obtenu par la biopsie.

La biopsie doit être réalisée par un spécialiste qui maîtrise la technique des biopsies.

IMPORTANT

La preuve diagnostique par histologie de la pièce de biopsie est obligatoire avant toute attitude thérapeutique

Bilan d'extension

- Échographie du sein.
- Mammographie bilatérale
- Radiographie pulmonaire
- Scintigraphie osseuse
- Echographie abdominale et pelvienne
- Selon le tableau clinique, faire : TDM, IRM mammaire.

Autres bilans

- Hémogramme, ionogramme sanguin, bilan rénal, bilan hépatique.
- Marqueurs tumoraux : CA 15-3, ACE (pour le suivi de la maladie).

Examens requis pour la classification du cancer du sein et les choix thérapeutiques

Examens obligatoires pour la stadification clinique	Examens complémentaires pour la classification	Examens facultatifs, pour éclairer le choix thérapeutique, pas pour la classification
<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique - Mammographie, échographie mammaire - TDM thoraco-abdomino-pelvien, à défaut, Radiographie du thorax + Echographie abdominale - Scintigraphie osseuse corps entier 	<ul style="list-style-type: none"> - Scanner cérébral en cas de signe d'appel 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Facteurs pronostiques

Divers paramètres permettent d'établir le pronostic :

- Age de la patiente
- Taille de la tumeur, histologie, degré de différenciation et stade.
- Ganglions lymphatiques :
 - Nombre de ganglions lymphatiques axillaires atteints

- Localisation des ganglions lymphatiques atteints (niveau I, II, ou III), infiltration des vaisseaux lymphatiques ou sanguins, fixation aux structures voisines, pénétration de la capsule du ganglion lymphatique.
- Stade SBR
- Récepteurs: expression des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone.
- Surexpression de l'oncogène HER2.
- Marqueurs de prolifération : Ki-67, thymidine kinase (des taux d'expression élevés sont associés à un mauvais pronostic).

7.4. Traitement

Principes thérapeutiques

- Le traitement du cancer est pluridisciplinaire.
- Le traitement doit être adapté au mieux des intérêts de la patiente.
- Le choix du traitement dépendra du type de tumeur, de son stade, de l'état général de la patiente, de la disponibilité et du plateau technique (chirurgie, radiothérapie, oncologie médicale).

Indications thérapeutiques en annexe

Carcinome in situ (CIS)

1. L'objectif du traitement est curatif.
2. La stratégie de traitement est fonction du type histologique du CIS.
3. L'examen extemporané seul n'est pas suffisant pour l'évaluation du carcinome non invasif.

Carcinome canalaire in situ (CCIS)

Le traitement repose sur la chirurgie carcinologique conservatrice associée à une radiothérapie.

(Tableau en annexe)

Carcinome lobulaire in situ (CLIS)

(Tableau en annexe)

Cancer invasif, situation adjuvante (Stades I–III)

1. L'objectif du traitement est curatif.
2. La stratégie de traitement est fonction du stade et des facteurs pronostiques.
3. Le traitement est toujours interdisciplinaire, comprenant la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée et l'hormonothérapie. L'idéal est que les décisions de prise en charge se prennent dans le cadre de concertation multidisciplinaire.

Chirurgie

- Mastectomie radicale + curage axillaire
- Chirurgie conservatrice + curage axillaire

NB : La technique du ganglion sentinelle a des indications restreintes.

Radiothérapie postopératoire

- Systématiquement en supplément de la chirurgie conservatrice
- Après mastectomie, en cas de présence de facteurs de risque de récurrence loco-régionale.

Dans tous les cas il faut respecter le délai entre la chirurgie et la radiothérapie :

- 12 semaines maximum en l'absence de chimiothérapie adjuvante
- 6 mois maximum en cas de chimiothérapie adjuvante
- 5 semaines au minimum après la chimiothérapie.

Situations particulières

Cancers du sein inflammatoires et localement avancés

Les cancers du sein inflammatoires et localement avancés sont de mauvais pronostic et nécessitent une approche multimodale agressive incluant une chimiothérapie néoadjuvante.

Cancer du sein métastatique (stade IV)

1. Le traitement est à visée palliative.
2. Le traitement est essentiellement systémique dans la plupart des cas.
3. Le facteur individuel le plus important déterminant l'approche thérapeutique est la dynamique de la maladie. Les autres facteurs sont : état clinique de la patiente, les comorbidités, l'âge, la localisation des métastases et les options de traitement local.

Quelques orientations thérapeutiques sont données dans l'annexe X (stratégies de traitement pour le cancer de sein avancé)

Suivi :

Un suivi régulier axé sur la localisation primitive de la maladie et le sein controlatéral est obligatoire puisque la rechute locale et les tumeurs secondaires dans le sein controlatéral peuvent être traitées en intention curative si elles sont découvertes à temps.

Examen clinique :

- 3 à 6 mois pendant les 3 premières années qui suivent le traitement ;
- 6 à 12 mois au cours des 2 années suivantes,
- puis 1 fois par an par la suite

Mammographie :

- 6 mois après le traitement du cancer
- 1 fois par an par la suite

Autres examens :

- Radiographie du thorax,
- TDM,
- Scintigraphie osseuse

8. PAQUET DE SERVICES, NIVEAU DE SOINS ET PRESTATAIRES DE SERVICE POUR LA PREVENTION TERTIAIRE DU CANCER DU SEIN

Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service

Niveau de soins	Paquet de soins	Prestataires
Périphérique (Hôpital de Zone, centre de santé publique, privés, confessionnels et associatifs)	Orientation diagnostique et référence	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmier (ères) - Sages-femmes - Médecins généralistes - Médecins spécialistes*
Intermédiaire (CHD)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic - Imagerie : (échographie /mammographie) - Cytoponction - Biopsies - Chirurgie : mastectomie radicale - Chimiothérapie - Hormonothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins spécialistes*

<p>Central : CHU, centres et hôpitaux spécialisés</p>	<p>Diagnostic</p> <p>Imagerie : (échographie - mammographie-scanner - scintigraphie osseuse - IRM)</p> <p>Cytoponction</p> <p>Biopsies</p> <p>Anatomie pathologique y compris examen extemporané et immunohistochimie</p> <p>Chirurgie : mastectomie radicale, oncoplastie, chirurgie conservatrice, reconstruction mammaire</p> <p>Ganglion sentinelle</p> <p>Chimiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormonothérapie - Thérapies ciblées - Radiothérapie : non encore disponible 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins spécialistes*

*Médecins spécialistes ou ayant acquis une compétence dans le domaine

9. SOINS PALLIATIFS POUR LES CANCERS DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN

9.1. Principes des soins palliatifs

Les soins palliatifs:

- fournissent un traitement contre la douleur et les autres symptômes pénibles ; la prise en charge de la douleur intégrant un large accès à la morphine
- affirment le principe de vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- ne facilitent ni ne retardent la mort ;
- intègrent les aspects cliniques, psychologiques, sociaux et spirituels dans les soins aux patientes ;
- donnent aux patientes et à leurs familles la possibilité de garder autant de contrôle et de pouvoir de décision qu'ils le souhaitent et peuvent l'accepter ;
- proposent un système d'assistance pour aider les patientes à vivre aussi pleinement que possible jusqu'à la mort ;
- offrent un soutien aux familles des malades pour les aider à faire face à la maladie et les accompagner dans leur deuil ;
- S'appuient sur une approche d'équipe ;
- améliorent la qualité de vie et peuvent parfois influencer de façon favorable le cours de la maladie ;
- peuvent être dispensés très tôt dans le cours de la maladie, conjointement avec d'autres traitements destinés à prolonger la vie, comme la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

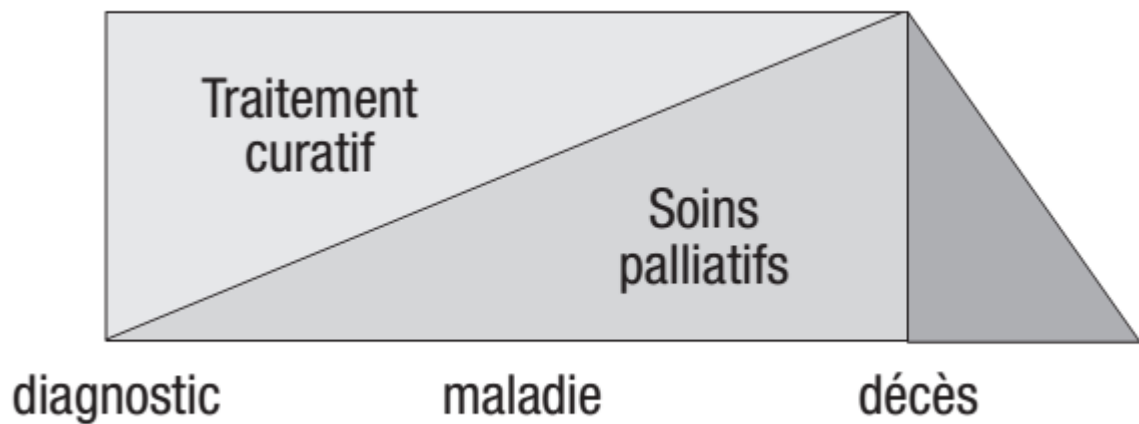


Figure 4: Place des soins palliatifs dans la prise en charge des cancers

9.2. Principaux aspects des soins palliatifs

1- La prévention et prise en charge des symptômes:

Cet aspect comprend :

- la radiothérapie palliative (pour diminuer le volume de la tumeur),
- le traitement des écoulements et des saignements vaginaux, des fistules, des difficultés à s'alimenter, des escarres, de la fièvre et des crampes etc.
- apprendre aux familles à prévenir au mieux ces problèmes et à aider les patientes dans les actes de la vie quotidienne (se laver, aller aux toilettes et faire un peu d'exercice).

2- Le soulagement de la douleur:

On arrive à soulager efficacement la douleur dans 90% des cas, grâce à la fois aux techniques médicales et à des méthodes de complément non médicales. La morphine occupe une place importante dans le contrôle de la douleur

3- Soutien psychologique, social et spirituel :

C'est un aspect important des soins palliatifs qui exige de la part des prestataires de soins, compétence et sens de la communication.

4- Participation des familles:

Les agents de santé doivent s'assurer que les patientes et leur entourage ont bien compris la nature de la maladie, son pronostic et le traitement préconisé. Ils doivent également aider les patientes à décider des soins. Il faut qu'elles aient le sentiment de garder le contrôle de la situation, tout en bénéficiant de l'assistance de l'équipe médicale chargée de leur procurer l'information utile, de les conseiller et de les soutenir dans leurs décisions prises en toute connaissance de cause.

10. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi se chargera de collecter les différentes données et de mesurer périodiquement les différents indicateurs pour évaluer la prévention, le dépistage et la prise en charge du cancer de col de l'utérus et du cancer du sein.

Le mécanisme de suivi évaluation sera intégré au mécanisme de suivi évaluation déjà mis en place au niveau de la DSME.

La collecte des données se fera par :

10.1. La collecte de données de routine

Les données relatives à l'utilisation des services, au profil épidémiologique devront être collectées de façon continue. Pour faciliter la collecte et la transmission des données, il faut utiliser le même circuit que les autres données du Ministère de la Santé (SNIGS) pour les données provenant des structures de prise en charge.

Les rapports d'activités des structures privées seront intégrés aux bases de données des zones sanitaires dans lesquelles elles sont situées.

Les supports primaires sont en annexe.

10.2. Les enquêtes

Elles permettront de mesurer les résultats et les impacts des interventions en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Les sources de données pour renseigner ces indicateurs peuvent être les enquêtes comme l'EDS, le RGPH, le système d'évaluation établi pour les activités de DSME.

10.3. Indicateurs

Tableau II : indicateurs de suivi et leurs méthodes de calcul

Indicateurs	Méthode de calcul	Source/ Niveau
Taux de couverture vaccinale HPV	Le nombre d'enfant de 9 à 13 ans vaccinés contre le HPV/ population cible pour la vaccination HPV X 100	Supports de vaccination (C7), données démographiques
Taux de dépistage du cancer du sein	Nombre de femmes (40-69 ans) dépistées pour cancer du sein / Nombre total de femmes 40-69 ans X 100	Formations sanitaires (registre/dossier des femmes dépistées)
Taux de dépistage du cancer du col utérin	Nombre de femmes (25-49 ans) dépistées pour cancer du col utérin / Nombre total de femmes 25-49 ans X 100	Formations sanitaires (registre/dossier des participantes)
Proportion d'anomalies du	Nombre de femmes présentant des anomalies du sein /	Formations sanitaires/ CR SR (registre)

sein diagnostiquées	nombre de femmes ayant participé au dépistage X 100	
Proportion d'anomalies du col utérin diagnostiquées	Nombre de femmes présentant des anomalies du col utérin / nombre de femmes ayant participé au dépistage X 100	Formations sanitaires / CR SR (registre)
Proportion de cancers du sein diagnostiqués	Nombre de cancers de sein diagnostiqués / nombre de femmes de 45-69 ans X 100	Formations sanitaires / CR SR (registre)
Proportion de cancers du col de l'utérus diagnostiqués	Nombre de cancers du col utérin diagnostiqués / nombre femmes 25-49 ans X 100	Formations sanitaires / CR SR (registre)
Nombre de cryothérapies réalisées		Formations sanitaires spécialisées
Proportion de femmes présentant un cancer du sein prises en charge	Nombre de femmes PEC pour cancer du sein/ nombre de femmes	CHU, hôpitaux et Cliniques privées disposant d'une unité de cancérologie

	diagnostiquées X 100	
Proportion de femmes présentant un cancer du col de l'utérus prises en charge	Nombre de femmes PEC pour cancer du col de l'utérus / nombre de femmes diagnostiquées X 100	CHU, hôpitaux et Cliniques privées disposant d'une unité de cancérologie
Létalité due au cancer du sein	Nombre de femmes décédées pour cancer du sein/ nombre de femmes PEC X 100	CHU, hôpitaux et Cliniques privées disposant d'une unité de cancérologie
Létalité due au cancer du col utérin	Nombre de femmes décédées pour cancer du col utérin/ nombre de femmes PEC X 100	CHU, hôpitaux et Cliniques privées disposant d'une unité de cancérologie

CONCLUSION

Les femmes continuent de payer un lourd tribut pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein dans notre pays. Il est possible de réduire ce fardeau grâce au dépistage et au traitement approprié.

La nature de la maladie et les options de traitements disponibles justifient l'instauration de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, conformément aux principes généraux du dépistage en santé publique.

Les activités de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein doivent être intégrées aux consultations de santé de la reproduction.

De tels programmes ne peuvent se concevoir sans des directives et des guides adaptés.

Il faut absolument associer dépistage et traitement, de telle sorte que les femmes présentant des anomalies puissent bénéficier du traitement qui permettra de préserver au mieux leur santé.

ANNEXES

Vue d'ensemble des stades FIGO 2009 par rapport à la prise en charge et au pronostic

Stade 0 : Carcinome in situ, néoplasie cervicale intraépithéliale de Grade III.

Cette lésion n'est pas considérée comme un cancer invasif, dans la mesure où elle n'a pas traversé la membrane basale.

Stade I : Carcinome limité au col de l'utérus. L'extension au corps utérin n'est pas prise en compte.

• **IA : Carcinome micro invasif, strictement limité au col de l'utérus. Diagnostic microscopique uniquement ; cliniquement invisible (infra clinique).**

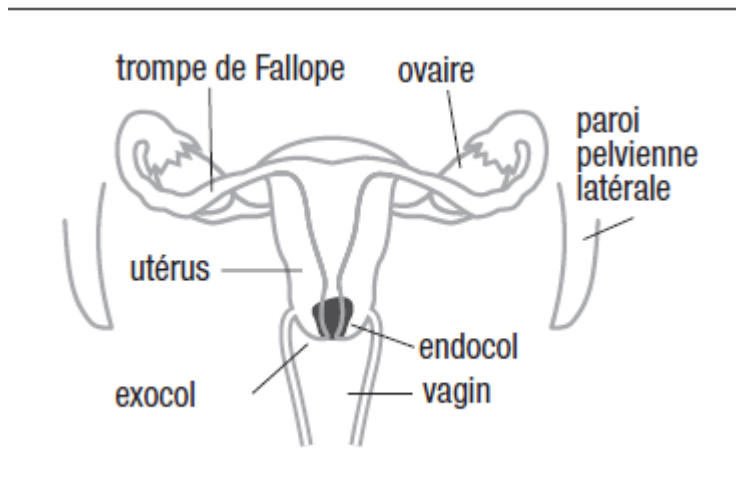
– **Stage IA1 : invasion stromale ne dépassant pas 3 mm de profondeur et 7 mm en largeur. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~98%.**

– **Stage IA2 : invasion stromale comprise entre 3 et 5 mm de profondeur et ne dépassant pas 7 mm en largeur. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~95%.**

• **IB : Carcinome strictement limité au col de l'utérus et cliniquement visible ; ou lésion microscopique plus importante que dans le stade IA2.**

– **IB1 : Lésion clinique de moins de 4 cm. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~85%.**

– **IB2 : Lésion clinique de plus de 4 cm. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~75%.**

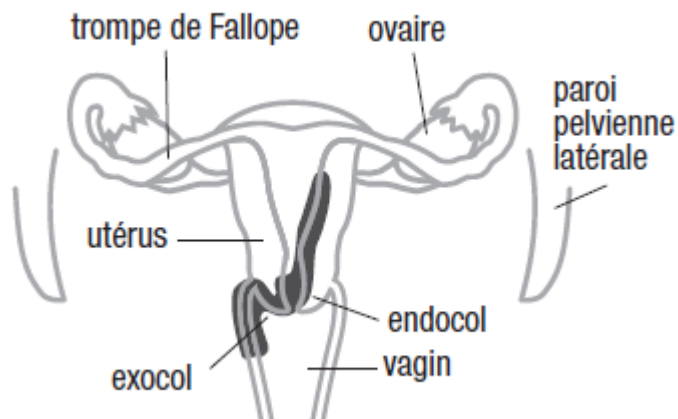


Stade II : Carcinome s'étendant au-delà du col de l'utérus, mais sans atteindre la paroi pelvienne, ni le tiers inférieur du vagin.

- **IIA : Extension au-delà du col, notamment aux deux tiers supérieurs du vagin, mais sans atteindre les tissus entourant l'utérus (paramètres).**

Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~75%.

- **IIB : Extension au-delà du col, avec invasion des paramètres, mais la paroi pelvienne et le tiers inférieur du vagin ne sont pas touchés.**

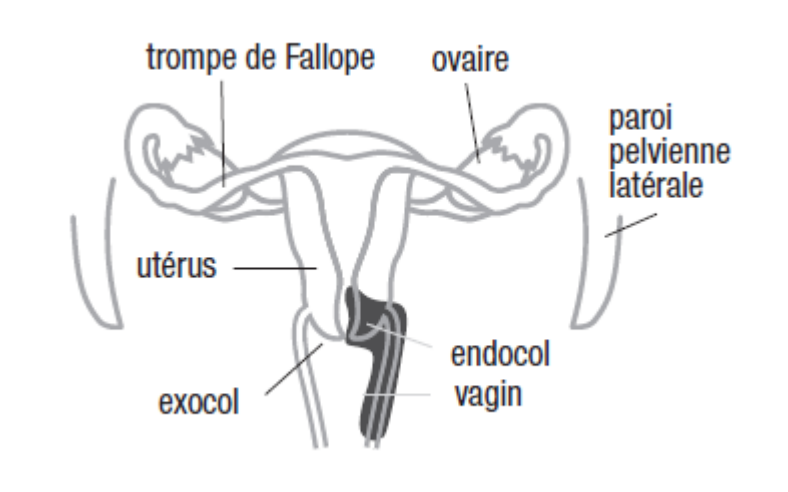


Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~65%.

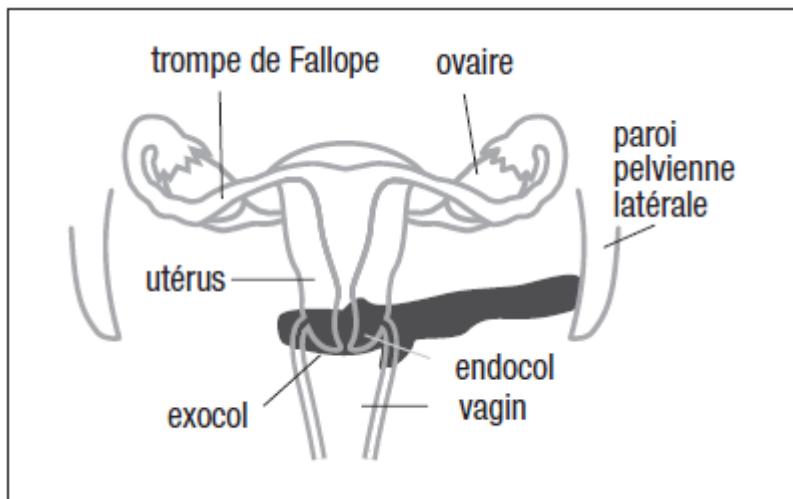
Stade III : La tumeur s'étend au tiers inférieur du vagin ou à la paroi pelvienne, ou provoque une hydronéphrose ou un rein muet (non fonctionnement du rein).

- **IIIA : Invasion du tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne**

Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~30%.



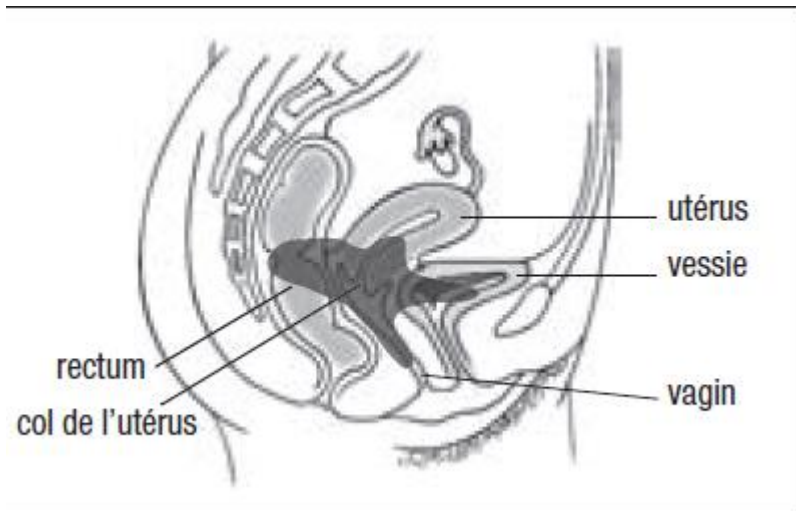
- **IIIB : Extension à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet (Figure 6.5). Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~30%.**



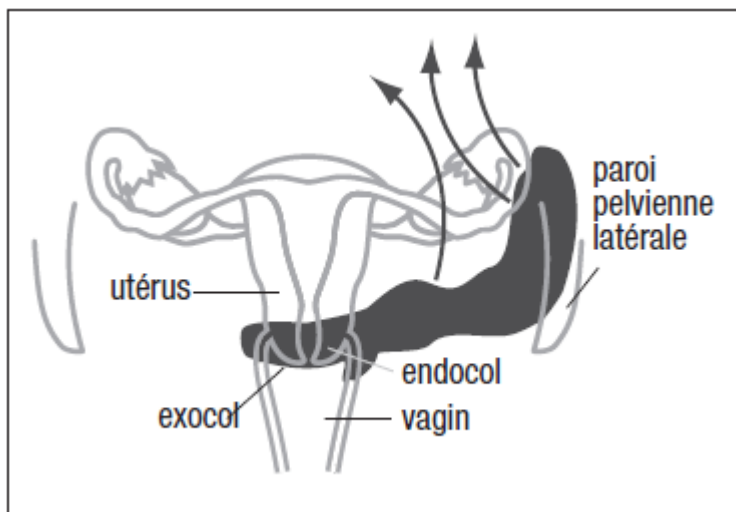
Stade IV : Dissémination du cancer.

- **IVA : Extension à la muqueuse de la vessie et du rectum**

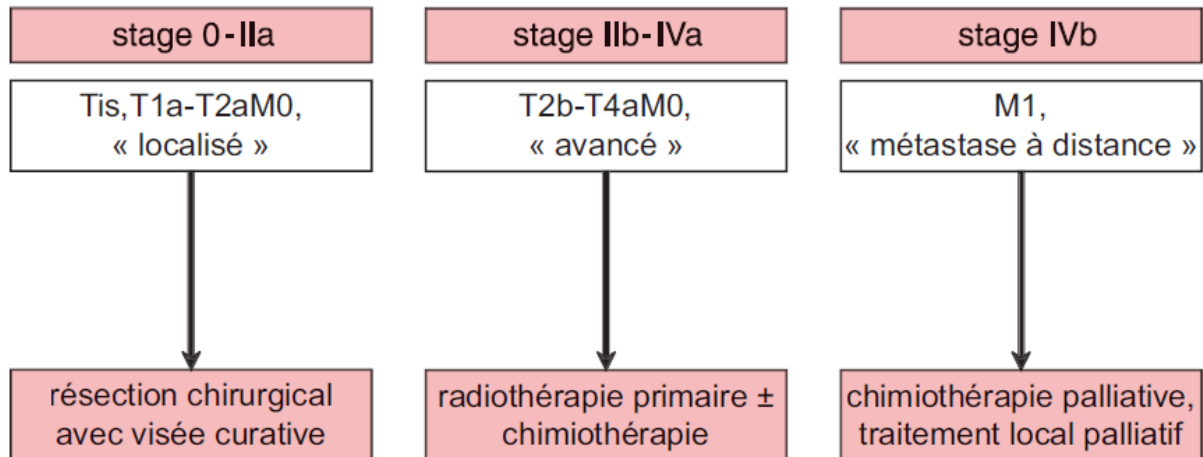
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~10%.



- **IVB : Extension aux organes distants : ganglions lymphatiques extra-pelviens, reins, os, poumons, foie et cerveau .Survie à 5 ans avec un traitement optimal : <5%.**



Indications thérapeutiques : Concept de traitement : Le concept s'établit en trois points



1. Stades localisés (CIN III, stade IA a IIA) :

- a. **Traitement standard : résection chirurgicale.**
- b. **Radiothérapie utilisée seule est aussi efficace**
- c. **Association des deux est généralement inutile et vaine (effets secondaires plus nombreux sans un meilleur bénéfice thérapeutique).**
- d. **radiothérapie si contre indication à la chirurgie.**

2. Stades régionalement avancés (IIB, III, IV) :

- a. **radiothérapie, éventuellement avec chimiothérapie simultanée.**
- b. **En cas de traitement à visée curative, associer la radiothérapie à un radio sensibilisateur tel que le cisplatine.**

3. Métastases à distance (stade IVB) :

- a. **chimiothérapie palliative possible**
- b. **radiothérapie locale palliative en cas de saignement vaginal, de douleur du petit bassin ou d'obstruction urinaire causée par une masse tumorale.**

Indications

Carcinome invasif

Stade IA1 (pas d'infiltration des ganglions lymphatiques)

- Pour préserver la fécondité : conisation avec curetage cervical complet (après après explications détaillées aux patientes).
- Chez les patientes sans infiltration des vaisseaux lymphatiques et ne désirant pas avoir d'enfants : l'hystérectomie simple (Piver-Rutledge I) est recommandée.

Stade IA 1 (avec infiltration des vaisseaux lymphatiques), IA2, IB1, IIA, IIB précoce

- Première étape au cours de la chirurgie : lymphadenectomie préalable à l'hystérectomie.
 - Si Absence de métastase des ganglions lymphatiques pelviens ou para-aortiques (macroscopique ou à l'examen extemporané): chirurgie radicale selon Wertheim (Piver-Rutledge II–III). la radiothérapie préopératoire et postopératoire n'est pas recommandée.
 - Atteinte des ganglions lymphatiques pelviens ou para-aortiques : pas d'hystérectomie (arrêt de l'intervention), radiothérapie ou radio-chimiothérapie.

Stades IIB, III, IV

- Radiothérapie primaire ou radio-chimiothérapie concomitante.

Stade IVB (métastases à distance)

- chimiothérapie palliative.
- radiothérapie palliative.

Traitement de rechute

Chirurgie, radio chimiothérapie ou chimiothérapie palliative en fonction du traitement initial et de la localisation de la récurrence.

Stadification TNM

T Tumeur primitive

TX La tumeur primitive ne peut être évaluée

T0 Aucune indication de tumeur primitive

Tis Carcinome in situ:

Tis (CCIS) : carcinome canalaire in situ

Tis (CLIS): carcinome lobulaire in situ

Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon avec absence de tumeur

T1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mic Micro-invasion $\leq 0,1$ cm

T1a Tumeur $> 0,1 \leq 0,5$ cm

T1b Tumeur $> 0,5-1$ cm

T1c Tumeur $> 1-2$ cm

T2 Tumeur > 2 cm et ≤ 5 cm

T3 Tumeur > 5 cm

T4 Extension directe à la paroi thoracique ou à la peau (côtes, muscles intercostaux, muscle dentelé antérieur)

T4a Infiltration de la paroi thoracique

T4b Œdème (y compris la peau d'orange), ulcération cutanées, nodules cutanés satellites

T4c Infiltration de la paroi thoracique et de la peau

T4d Carcinome inflammatoire (infiltration diffuse)

N Atteinte clinique des ganglions lymphatiques

NX Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués

N0 Aucune métastase des ganglions lymphatiques régionaux

N1 Ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux, mobiles

N2 Ganglions (un ou plusieurs) lymphatiques axillaires ipsilatéraux, fixés ou métastases des ganglions lymphatiques mammaires internes, cliniquement apparentes

N2a Métastases des ganglions lymphatiques axillaires, fixés entre eux ou à d'autres structures

N2b Métastases uniquement des ganglions^a lymphatiques mammaires internes, cliniquement apparentes

N3 Métastases des :

N3a Ganglion(s) lymphatique(s) infraclaviculaire(s)

N3b Ganglions lymphatiques mammaires internes et axillaires

N3c Ganglion(s) lymphatique(s) supra claviculaire(s)

pN Anatomopathologie des ganglions lymphatiques (diagnostic histologique)

pNX Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués

pN0 Aucune métastase des ganglions lymphatiques régionaux

pN1mic Micro-métastases ($> 0,2\text{mm}$ et $\leq 2\text{ mm}$)

pN1a 1–3 métastases des ganglions lymphatiques axillaires, y compris au moins un $>2\text{ mm}$

pN1b Ganglions lymphatiques mammaires internes avec métastases microscopiques non cliniquement apparentes^b

pN1c Métastases dans 1–3 ganglions lymphatiques axillaires et ganglions lymphatiques

mammaires internes, non cliniquement apparentes^b

pN2a 4–9 ganglions lymphatiques axillaires, y compris au moins un mesurant $>2\text{ mm}$

pN2b Ganglions lymphatiques ipsilatéraux à l'artère mammaire interne, décelables cliniquement en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques axillaires

pN3a Métastases dans ≥ 10 ganglions lymphatiques axillaires (au moins un > 2 mm) ou ganglions lymphatiques infra claviculaires

pN3b Métastases des ganglions lymphatiques mammaires internes cliniquement apparentes en présence d'une atteinte des ganglion(s) lymphatique(s) axillaire(s) ou métastases dans > 3 ganglions lymphatiques axillaires et ganglions lymphatiques mammaires internes non décelables cliniquement^b

pN3c Métastases des ganglion(s) lymphatique(s) supra claviculaire(s)

M Métastases à distance

MX Métastases à distance non déterminées

M0 Pas de métastases à distance

M1 Métastases à distance

M1(i)^c Cellules tumorales épithéliales isolées dans la moelle osseuse

^a Par examen clinique ou imagerie (sauf lymphoscintigraphie)

^b Dépistage par biopsie des ganglions sentinelles

^c Nomenclature optionnelle

Tableau : Stadification AJCC

Stade	Système TNM		
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0-1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0-2	N2	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N1-2	M0
	Tout T	N3	M0
IV	Tout T	Tout N	M1

Thérapie systémique adjuvante

Thérapie systémique adjuvante pour les patientes atteintes de cancer du sein opérable (Recommandations de traitement, St Gallen, 2007)

Catégorie de risques	Hormonosensibilité	Hormonosensibilité incertaine	Pas d'hormonosensibilité
• Risque faible	HT	HT	n.a. ^a
• Risque intermédiaire	HT seule ou CT → HT (CT + HT) ^b si Her2+ : Trastuzumab additionnel	CT → HT (CT + HT) ^b si Her2+ : Trastuzumab additionnel	CT si Her2+ : Trastuzumab additionnel
• Risque élevé	CT → HT (CT + HT) ^b si Her2+ : Trastuzumab additionnel	CT → HT (CT + HT) ^b si Her2+ : Trastuzumab additionnel	CT si Her2+ : Trastuzumab additionnel

HT hormonothérapie, CT chimiothérapie

^a Si RE/RP négatif, classer comme risque intermédiaire ou élevé

^b En ce qui concerne le tamoxifène, l'hormonothérapie séquentielle est nettement préférable. En ce qui concerne les inhibiteurs de l'aromatase ou pour les analogues de la GnRH, il n'existe aucune donnée dans les études randomisées comparant l'administration séquentielle à l'administration simultanée

FICHE PRATIQUE IEC : Utilisation du préservatif

CONTENU DU MESSAGE

L'utilisation correcte et régulière de préservatifs présente des avantages importants :

- elle permet une élimination plus rapide du HPV chez l'homme et la femme ;
- elle favorise la régression des lésions du col ;
- elle réduit le risque de verrues génitales ;
- elle réduit le risque de lésions précancéreuses et cancéreuses ;
- elle protège contre les autres IST, notamment les infections à chlamydia et HSV-2, cofacteurs de risque présumés du cancer du col ;
- elle protège contre l'infection à VIH, dont on sait qu'elle favorise l'infection par des types de HPV à haut risque et l'évolution vers des lésions de haut grade ;
- elle protège contre les grossesses non désirées.

Le virus peut exister dans la région ano-génitale (y compris les régions qui ne sont pas recouvertes par les préservatifs : vulve et périnée, scrotum, anus et région périnéale).

Néanmoins l'utilisation du préservatif contribue à réduire le risque de développement des maladies liées à l'infection par le HPV, parce qu'elle diminue à la fois la quantité de virus transmis et la probabilité de réexposition.

La promotion des préservatifs et leur distribution sont donc des éléments indispensables des actions de lutte contre les IST.

FICHE PRATIQUE IEC : VACCINATION CONTRE LE HPV

CONTENU DU MESSAGE

Bénéfices

Populations cibles

Limites

FICHE PRATIQUE : Idées fausses et réalité à propos du cancer du col de l'utérus

Idées fausses	Réalité
Les dispositifs intra-utérins (DIU) provoquent le cancer du col.	Il n'y a aucun lien entre les DIU et un risque accru de cancer du col.
Lors du dépistage, on vous enlève un morceau de chair.	Le dépistage consiste à prélever délicatement des cellules à la surface du col. Aucun morceau de tissu n'est retiré.
Le dépistage, c'est comme un vaccin : une fois que vous l'avez fait, vous ne risquez plus d'avoir un cancer du col	Le dépistage en lui-même ne protège pas contre le cancer du col, mais il permet d'établir si le col est normal ou non. Si des anomalies sont détectées suffisamment tôt et traitées, alors le cancer peut être évité.
Le dépistage ne sert à rien, puisqu'il permet seulement de savoir qu'on est atteinte d'une maladie mortelle et qu'il n'y a rien à faire.	Le dépistage permet de détecter les anomalies du col avant qu'elles ne se transforment en cancer. De plus, si un cancer est détecté assez tôt, il peut être soigné par un traitement approprié
Le cancer du col s'observe chez les femmes qui ont une mauvaise hygiène	Il n'existe aucune preuve comme quoi une mauvaise hygiène serait responsable du cancer du col.
L'utilisation de tampons et d'herbes peut provoquer le cancer du col.	C'est une infection virale qui est à l'origine du cancer du col. Le tabagisme et la multiplicité des partenaires sexuels peuvent augmenter le risque. En revanche, il n'a pas été démontré que l'utilisation de tampons et d'herbes avait un effet quelconque sur ce risque.

FICHE PRATIQUE : CIBLES DE L'IEC

POPULATION GENERALE

Hommes, femmes, adolescents

Concevoir et disséminer des outils pour informer sur le cancer du col, les méthodes de prévention et de contrôle.

Campagne par le biais des mass media et réseaux sociaux sur internet et aussi au contact direct des agents de santé, leaders d'opinion,

FICHE TECHNIQUE IVA-IVL

Matériel pour IVA-IVL

Un spéculum stérile, une source lumineuse de bonne qualité (de préférence une lampe halogène puissante pouvant aisément être dirigée vers le col), une paire de gants DHN ou Stérile, une loupe grossissante manuelle si possible, des écouvillons, une solution fraîchement préparée d'acide acétique dilué à 5 %, une solution de lugol.

Procédure IVA-IVL

- Nettoyer la vulve
- Rechercher une lésion vulvaire ou périnéale (lésions de grattage, excoriation, ulcération, excroissance ou verrue, infection)
- Mettre en place un spéculum
- Exposer le col utérin
- Exécuter les étapes de l'inspection visuelle (examen sans préparation, IVA, IVL)

Préparation de solution d'acide acétique à 5% et du lugol

Ajouter avec précaution 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée et bien mélanger. L'acide acétique non utilisé doit être détruit en fin de journée. Dissoudre 10 g d'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 fermé. La solution du lugol préparée peut être conservée pendant un mois.

Examen sans préparation

- Observer la taille et la forme du col
- Identifier l'orifice externe du col
- Noter la coloration des tissus cervicaux
- Rechercher la jonction pavimento-cylindrique (JPC)

- Identifier la zone de remaniement
- Rechercher un écoulement anormal
- Nettoyer le col à l'aide d'un tampon sec ou humide

Inspection visuelle à l'acide acétique à 5 %

- Le prestataire pratiquera un badigeonnage soigneux du col utérin avec l'acide acétique à 5% à l'aide d'un écouvillon (à défaut une pince et du coton).
- L'examen proprement dit se fera après un temps d'attente d'une minute.
- Il est parfois nécessaire de répéter l'application de l'acide acétique toutes les 2 à 3 minutes pendant la durée de l'examen car le blanchiment à l'acide acétique se développe progressivement en l'espace de 60 secondes et peut disparaître aussitôt après.

Inspection visuelle au lugol

- C'est le test de Schiller qui est pratiqué systématiquement après l'examen à l'acide acétique à 5%. Le gynécologue procédera à un badigeonnage généreux du col utérin par le soluté du Lugol et observera le résultat du test.
- Le test de Schiller permet de délimiter clairement les limites d'une lésion avant de procéder à la biopsie ou au traitement de celle-ci.
- Normalement le col utérin prend une coloration brun acajou après utilisation du Lugol témoignant d'un épithélium Malpighien mature.
- Les zones qui ne se colorent pas sont dites iodo-négatives.

Tableau I : Carcinome invasif du col de l'utérus : histologie

Type	Frequence (%)
<p><i>Épithélioma spinocellulaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kératinisant/non kératinisant • A cellules larges/petites cellules • Verruqueux/condylomateux/papillaire/lympho-épithéliomateux 	<p>60–80</p>
<p><i>Adénocarcinome</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Muqueux, endocervical • Intestinal/a cellules en bague a chaton • Endometriöide • Métaplasie épithéliale (adéno-acanthome) • A cellules claires/de type séreux • Epithélioma wolffien • Adénocarcinome vilieux-glandulaire bien différencié 	<p>10–15</p>
<p><i>Autres tumeurs épithéliales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome adénosquameux/adénoïde-cystique/adénoïde-basal • Carcinome muco-épidermoïde • Carcinome à cellules vitreuses • Tumeur ressemblant à un carcinoïde • Carcinome neuro-endocrinien • Carcinome à petites cellules/indifférencié 	<p>Rares</p>

Tableau : Classification histopathologique

Type	Fréquence(%)
<i>Carcinome in situ^a</i>	15–20
• Type canalaire (CCIS)	14–19
• Type Lobulaire (CLIS)	1
<i>Carcinome invasif</i>	80–85
• Carcinome canalaire invasif	> 70
• Carcinome lobulaire invasif	10
• Carcinome médullaire (associé à un meilleur pronostic quand il n’y a pas d’atteinte ganglionnaire)	5
<i>Divers</i>	< 5
• Carcinome mucoïde (associé à un meilleur pronostic quand il n’y a pas d’atteinte ganglionnaire)	
• Carcinome squirrheux	
• Carcinome papillaire (associé à un meilleur pronostic quand il n’y a pas d’atteinte ganglionnaire)	
• Carcinome inflammatoire (mauvais pronostic)	
• Maladie de Paget	
• Comédocarcinome	
• Carcinome non différencié	
• Carcinome métaplasique (épithélioma spinocellulaire)	

^a Ne franchissant pas la membrane basale, pas d’infiltration stromale ; augmentation apparente de l’incidence des carcinomes in situ de 1 % (il y a 30 ans) à 15–20 % de la totalité des tumeurs en raison du dépistage par mammographie

Examens requis pour la stadification du cancer du col de l'utérus

Examens obligatoires pour la stadification	Examens complémentaires pour la classification	Examens facultatifs, pour éclairer le choix thérapeutique, pas pour la classification
<p>Examen au spéculum, examen vaginal et rectal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urographie intraveineuse (UIV) ou • Echographie abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie du col utérin • Curetage endocervical • Radiographie pulmonaire • Cystoscopie / rectoscopie • Radiographie des os ou scintigraphie osseuse (si douleurs osseuses) 	<p>Analyses de sang pour rechercher la présence du VIH et de la syphilis et faire une numération sanguine</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV, TPHA, VDRL • NFS • tomodensitométrie de l'abdomen et du pelvis • Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Annexe 2 : Protocoles de chimiothérapies

Cisplatine « en mono » (radiochimiothérapie)			
Cisplatine	40 mg/m ² /jour	i. v	Jours 1, 22, 43

Cisplatine « en monothérapie » Démarrer le prochain cycle au jour 22			
Cisplatine.	50-75 mg/m ² /jour	i. v	Jour 1

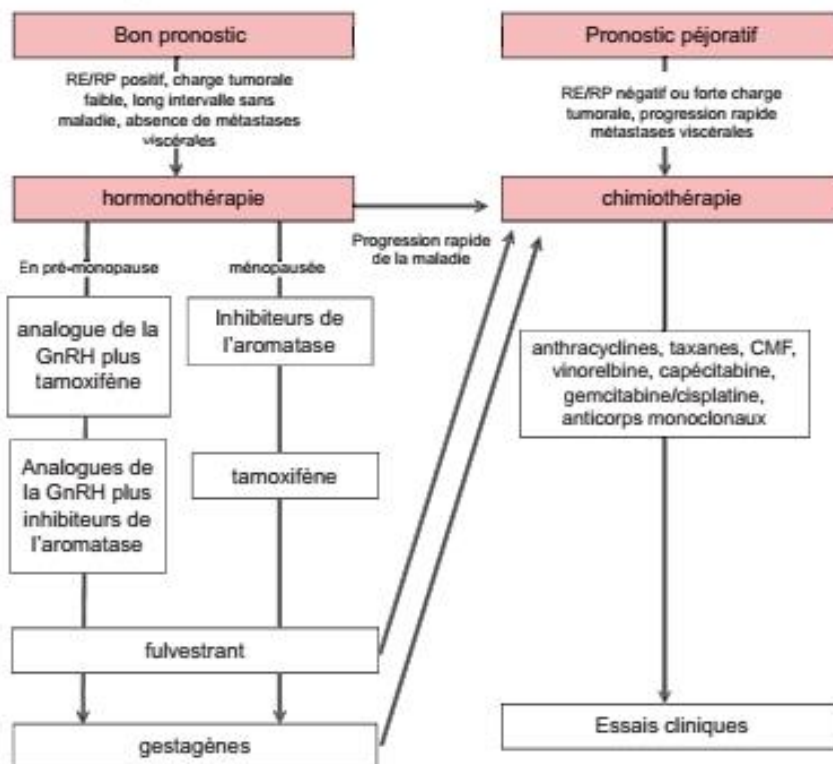
BIP (Buxton) Démarrer le prochain cycle au jour 22			
Bléomycine.	30 mg/jour	i.v	Jour 1
Ifosfamide	5 g/m ² /jour	i.v.	Jour 1
Cisplatine	50 mg/m ² /jour	i.v.	Jour 1

Carboplatine/ifosfamide Démarrer le prochain cycle au jour 29			
Carboplatine	300 mg/m ² /jour	i.v.	Jour 1
Ifosfamide	5 g/m ² /jour	i.v.	Jour 1

Paclitaxel/Cisplatine Démarrer le prochain cycle au jour 29			
Paclitaxel	135–170 mg/m ² /jour	i.v.	Jour 1
Cisplatine	75 mg/m ² /jour	i.v.	Jour 1

5FU Cisplatine J1=J22			
5FU	100 mg/m ² /Jour	lv	J1 à J5
Cisplatine	100 mg/m ² /Jour	IV	J1

Stratégie de traitement pour le cancer du sein avancé



RE récepteur des œstrogènes, RP récepteur de la progestérone, CMF cyclophosphamide + méthotrexate + 5-fluoro-uracile

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
PLAN	3
PREFACE	4
COMITE DE LECTURE	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS	11
INTRODUCTION	12
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	14
2. JUSTIFICATION	17
3. OBJECTIFS.....	18
3.1. Objectif général.....	18
3.2. Objectifs spécifiques	18
4. PRINCIPES DIRECTEURS	19
5. HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN.....	19
5.1. Histoire naturelle du cancer du col de l'uterus	19
5.2. Histoire naturelle du cancer du sein	22
6. DIRECTIVES POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	24
6.1. Prévention primaire du cancer du col de l'uterus	24
6.1.1. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention primaire du cancer du col de l'utérus.....	Erreur ! Signet non défini.
6.2. Prévention secondaire du cancer du col de l'uterus	26
6.2.1. DEPISTAGE	26
6.2.2. Méthodes d'inspection visuelle	27
6.2.3. Traitement des lésions précancéreuses	28
6.2.4. Suivi	29
6.2.5. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention secondaire	30
6.3. Prévention tertiaire du cancer du col de l'uterus	31
6.3.1. Diagnostic	31
6.4. Classification du cancer du col de l'utérus	32
6.5. Traitement	33
6.5.1. Principes thérapeutiques.....	33

6.5.2. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention tertiaire.....	35
7. DIRECTIVES POUR LA PREVENTION ET LE CONTRÔLE DU CANCER DU SEIN....	35
7.1. Prévention primaire du cancer du sein	35
7.1.1. Paquet de services, niveau de soins et prestataires de service pour la prévention primaire du cancer du sein	36
7.2. Prévention secondaire du cancer du sein	37
7.2.1. Dépistage du cancer du sein	37
7.3. Prévention tertiaire du cancer du sein	41
7.4. Traitement	44
8. PAQUET DE SERVICES, NIVEAU DE SOINS ET PRESTATAIRES DE SERVICE POUR LA PREVENTION TERTIAIRE DU CANCER DU SEIN	47
9. SOINS PALLIATIFS POUR LES CANCERS DU COL DE L'UTERUS ET DU CANCER DU SEIN.....	49
9.1. Principes des soins palliatifs	49
9.2. Principaux aspects des soins palliatifs	50
10. SUIVI ET EVALUATION.....	52
10.1. La collecte de données de routine	52
10.2. Les enquêtes	52
10.3. Indicateurs	53
CONCLUSION	55
ANNEXES.....	57
TABLE DES MATIERES	78