

# LA DETECTION PRECOCE DU CANCER DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Publication originale dans le Volume 7, n°4, Hiver 2007-2008 de Network Newsletter of the International Network for Cancer Treatment and Research



Traduction française par Aurélie Gobet pour le Groupe Dépistage du Centre international de Recherche sur le Cancer, Lyon, France

## ARTICLE INVITÉ

*Dr R. Sankaranarayanan, docteur en médecine, chef du « Groupe dépistage » du Centre international de Recherche sur le Cancer situé à Lyon en France*

Le cancer est un terme générique qui correspond à l'agrégation de cellules dans un organe du corps humain, due à la prolifération d'une seule cellule qui a échappé aux mécanismes de régulation de la croissance cellulaire. Le Tableau 1 est un glossaire des termes utilisés couramment en cancérologie. Les cellules cancéreuses, aussi appelées cellules malignes, peuvent se développer depuis n'importe quel tissu ou organe. Elles proviennent de modifications du matériel génétique de la cellule d'origine. Ces changements peuvent être spontanés ou provoqués par un agent (appelé agent cancérogène) qui est entièrement ou partiellement responsable de l'apparition du cancer. Les agents cancérogènes comprennent le tabac (quel que soit le mode de consommation), l'alcool, certains virus comme celui



**Recensement des femmes à dépister dans le cadre du programme de prévention du cancer du col de l'utérus en Guinée.**

de l'hépatite B (VHB) ou du papillome humain (VPH), certaines bactéries comme l'*Helicobacter pylori*, certaines radiations, la lumière du soleil et certains produits chimiques. Les cellules cancéreuses de la tumeur maligne continuent leur multiplication, entraînant la croissance de la tumeur primitive ainsi que l'invasion et la destruction des tissus normaux adjacents. Il arrive aussi que les cellules

cancéreuses du site primitif atteignent des organes ou des tissus distants, où elles forment d'autres colonies appelées métastases. Par exemple, un cancer du sein (site primitif) peut envahir la peau et les muscles de la paroi thoracique (propagation locale) et/ou les ganglions lymphatiques situés au niveau des aisselles, ou encore les poumons, les os et le cerveau (métastases).

Tous les cancers, à l'exception du cancer de la peau, mènent invariablement au décès s'ils ne sont pas détectés et traités de manière appropriée. Dans presque tous les cas de cancer, c'est le stade de la maladie qui détermine les choix thérapeutiques et la survie. Le stade est l'échelle de mesure de l'étendue de la maladie dans l'organisme. Si le cancer est diagnostiqué à un stade précoce, c'est-à-dire, quand la maladie ne s'est pas encore trop propagée, on peut obtenir un taux de guérison élevé grâce à des traitements relativement simples, peu coûteux, de faible toxicité et assurant le maintien d'une bonne qualité de vie après traitement. Quand le cancer est détecté à des stades un peu plus avancés et que les espoirs de guérison diminuent, il faut utiliser des traitements plus agressifs : interventions chirurgicales invasives et/ou radiothérapie et/ou thérapies générales toxiques comme la chimiothérapie ou l'hormonothérapie. Il est rare que les patients atteints de cancers très avancés guérissent, quel que soit le traitement, surtout lorsque le cancer s'est propagé à des organes distants. La quasi-totalité des patients atteints de métastases cancéreuses meurent dans les deux années suivant le diagnostic. Il existe des exceptions dans les cas de cancer du testicule, de tumeurs placentaires, et pour certaines leucémies et certains lymphomes. La détection précoce du cancer et la mise en place rapide du traitement représentent par conséquent de bons moyens d'améliorer le taux de survie des patients, de réduire le coût et la toxicité des traitements ainsi que le risque de complications dues à une prise en charge tardive (comme l'apparition d'une seconde tumeur). La détection précoce revêt une importance considérable dans les pays en voie de développement, où,

**Agent cancérigène** : agent responsable du cancer.

**Agressivité** : vitesse à laquelle un cancer se développe et se propage aux organes proches et distants.

**Cancer précoce** : cancer diagnostiqué au stade 0 ou I.

**Dépistage** : vérification de la présence de cancer précoce chez des personnes, apparemment en bonne santé et ne présentant aucun symptôme.

**Détermination du stade du cancer** : procédures d'investigation servant à définir le stade du cancer.

**Diagnostic** : processus d'identification et/ou confirmation de la présence de la maladie chez des personnes présentant des symptômes ou ayant un test de dépistage positif.

**Guérison** : élimination complète et permanente du cancer dans l'organisme.

**Invasion** : aptitude d'un cancer à infiltrer et détruire les tissus environnants.

**Lésions précancéreuses** : situation dans laquelle les cellules cancéreuses restent confinées à la partie de l'organe où les premières cellules cancéreuses sont apparues. Dans ce cas, les cellules ne sont pas encore capables d'envahir les tissus environnants ou de se propager dans un autre organe (stade 0).

**Métastase** : colonie de cellules cancéreuses située à un endroit distant du site primitif du cancer. Les cellules cancéreuses peuvent métastaser par le système lymphatique ou la circulation sanguine. Le terme n'est pas utilisé pour les leucémies et les lymphomes qui sont souvent d'une grande ampleur dès le début de la maladie.

**Néoplasme** : terme générique pour parler d'une tumeur ou d'une « croissance » ; les tumeurs bénignes ne sont pas cancéreuses tandis que les tumeurs malignes le sont.

**Récurrence** : réapparition du cancer après un traitement efficace. Dans le cas des tumeurs autres que leucémies ou lymphomes, elle a lieu soit au site primitif soit dans d'autres organes, sous la forme d'une ou de plusieurs métastases.

**Rémission** : disparition partielle ou complète d'un cancer après une irradiation ou une thérapie générale.

**Réponse** : diminution de la taille ou de l'étendue de la tumeur après le traitement. La réponse, correspondant à la rémission, peut elle aussi être partielle ou complète.

**Site primitif** : organe dans lequel le cancer a commencé à se développer.

**Stade du cancer** : notation définie, tenant compte de la taille et de la propagation du cancer dans l'organisme. Le stade 0 correspond aux lésions précancéreuses, le stade I au cancer précoce, les stades II et III au cancer avancé et le stade IV au cancer métastatique.

**Taux de survie** : pourcentage de patients atteints du cancer qui survivent pendant une période donnée après le diagnostic (par exemple, le taux de survie à cinq ans est le pourcentage de personnes toujours en vie cinq ans après le diagnostic).

**Tableau 1 : Termes couramment utilisés à propos du cancer**

actuellement, jusqu'à 80 % des cancers sont diagnostiqués à un stade avancé et moins de 50 % des patients atteints survivent plus de 5 ans. Les cancers les plus fréquemment rencontrés dans les pays en voie de développement sont les suivants : cancer du poumon, de l'estomac, du foie, du sein, du col utérin, de la tête et du cou, de l'œsophage, du gros intestin et de la vessie, sans oublier les lymphomes et les leucémies. Tous ces cancers représentent les quatre cinquièmes de l'ensemble des cancers dans les pays en voie de développement. Il est à présent possible de lutter contre certains de ces cancers grâce à la détection précoce et à des traitements appropriés ; c'est le cas pour le cancer du sein, du col utérin, de la tête et du cou, du gros intestin et de la vessie.

### La lutte contre le cancer

La lutte contre le cancer, comme il a déjà été mentionné dans de précédents numéros de la lettre d'information *Network*, correspond à toutes les actions entreprises pour prévenir ou réduire l'apparition du cancer, la morbidité ou les souffrances liées au cancer et la mortalité. Ces actions sont les suivantes : limitation de l'exposition aux agents cancérigènes (souvent appelée prévention primaire), détection précoce du cancer accompagnée d'une prise en charge rapide et efficace et enfin traitement des symptômes du cancer et notamment des algies chez les patients en stade très avancé (soins palliatifs). Grâce aux investissements conséquents entrepris depuis plusieurs dizaines d'années dans les actions de lutte contre le cancer, le nombre de décès dus à cette maladie a connu une diminution, surtout au cours des dix dernières années, en Amérique du Nord, en Australie et dans les pays les plus développés

d'Europe. Cependant, le nombre de décès par cancer a augmenté dans de nombreux pays en voie de développement à cause de l'augmentation du fardeau du cancer combinée au manque d'actions organisées de lutte contre le cancer dans ces pays. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a récemment souligné l'importance de la lutte contre le cancer dans ses initiatives de santé publique, et par conséquent recommande fortement à tous les états d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le cancer afin de réduire les souffrances liées à la maladie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

### La détection précoce du cancer

La plupart des cancers pourrait être détectée plus tôt si les personnels de soins de santé étaient plus sensibilisés aux facteurs de risque du cancer (exposition aux agents cancérigènes, antécédents familiaux). C'est aussi de la responsabilité des personnes informées sur la maladie de s'adresser à un médecin lorsqu'elles pensent avoir détecté des symptômes ou des signes évocateurs (voir Tableau 2). Certains de ces signes sont des modifications générales qui ne permettent pas une localisation précise du cancer. Néanmoins, leur présence peut justifier des examens physiques et des examens de laboratoire

#### Plaie ou ulcère qui ne guérit pas

Ulcères qui ne guérissent pas ou dont la taille augmente, qui deviennent de plus en plus douloureux ou qui commencent à saigner

#### Troubles du fonctionnement intestinal ou urinaire

Modifications de la fréquence, de la couleur, de la consistance (diarrhée ou constipation), de la taille et de la forme des selles; sang dans les urines ou dans les selles.

#### Saignement ou écoulement inhabituel

Présence de sang dans les urines ou dans les selles ; écoulement (surtout s'il est sanguinolent) d'une partie du corps comme les mamelons, le pénis ou le vagin ; saignement après un rapport sexuel ou entre les règles.

#### Épaississement ou grosseur dans les seins ou dans une autre partie du corps

Grosseur dans les seins, le scrotum ou dans les aisselles détectée par auto-examen.

#### Indigestion ou déglutition difficile

Sensation de pression dans la gorge ou la poitrine qui rend la déglutition pénible ; sensation de satiété en ayant peu ou pas mangé.

#### Changement très marqué d'une verrue ou d'un grain de beauté

Asymétrie : Toutes les parties du grain de beauté sont-elles identiques ou existe-t-il des différences ? Les bords sont-ils bien définis ou irréguliers ? De quelle(s) couleur(s) est le grain de beauté ? La taille du grain de beauté est-elle supérieure à 6 mm et/ou en train d'augmenter ?

#### Toux persistante et enrouement

Changement de la voix ; toux persistante ; expectoration sanguinolente.

#### Plaque blanche ou rouge dans la bouche

Présente depuis plus de 4 semaines et que l'on ne peut pas faire disparaître en frottant.

Tableau 2 : Signes et symptômes évocateurs du cancer

permettant d'exclure ou de confirmer le diagnostic et elle ne doit pas être ignorée. Heureusement, pour la plupart, ces symptômes sont souvent causés par des maladies bien moins graves que le cancer. D'autres symptômes tels que la présence d'une grosseur dans un sein ou d'une plaque rouge dans la bouche ou des saignements après un rapport sexuel sont bien plus spécifiques et permettent aux médecins de détecter un type de cancer en particulier.

Il est possible de détecter certains types de cancer (par exemple le cancer du col utérin, du sein, du gros intestin et de la cavité buccale) de manière précoce en dépistant des personnes asymptomatiques. Les tests pratiqués au cours des programmes de dépistage sont soit *opportunistes*, ce qui signifie que les personnes doivent se présenter volontairement pour subir les tests appropriés et avant tout connaître leur existence, soit proposés lorsque ces personnes font appel à un médecin, pour quelque raison que ce soit. Certains programmes de dépistage peuvent nécessiter un recrutement : des participants sélectionnés selon des critères comme l'âge ou le sexe, dans une région donnée, sont invités de manière systématique et organisée à se faire dépister pour un type de cancer en particulier. Dans les pays les plus développés, des programmes de dépistage du cancer du col utérin, du sein et du gros intestin ont été mis en place dans les années 70 et même plus tôt dans certains cas. Par exemple, chez les femmes ayant entre 30 et 60 ans, le frottis cervico-vaginal, examen de dépistage du cancer du col utérin, est pratiqué à intervalles réguliers (de 3 à 5 ans). Il permet de réduire le nombre de décès dus à ce cancer de 80 %. En général, les tests de dépistage ne permettent pas de

poser un diagnostic avec certitude ; ils indiquent seulement qu'il existe une forte probabilité que la maladie existe. Normalement, des examens diagnostiques complémentaires sont nécessaires pour confirmer ou réfuter un résultat positif. Cela dit, dans certains programmes, quand le traitement est très simple et non toxique, comme pour les lésions cervicales précancéreuses, on traite toutes les patientes dont le test de dépistage est positif. Cette stratégie est justifiée par le fait que, parfois, les patientes ne reviennent pas pour être traitées.

Les tests de dépistage peuvent aider à sauver des vies, mais il faut rester vigilant quant à leur coût, parfois élevé, et aux répercussions psychologiques et physiques qu'ils peuvent entraîner. En effet, les tests de dépistage, en particulier s'ils ne sont pas pratiqués de manière adéquate, peuvent donner lieu à de faux positifs ou faux négatifs. Un faux positif correspond à la détection d'un cancer qui en fait n'existe pas, ce qui entraîne d'autres tests qui demandent du temps, qui peuvent être coûteux et parfois risqués. Un faux négatif ne montre aucun signe de cancer, pourtant présent, et amène à croire, à tort, que le patient est sain. Pour toutes ces raisons, seuls quelques tests de dépistage sont considérés comme étant assez fiables pour être utilisés de manière systématique. Selon le cas, il est possible que chez certains patients, les lésions précancéreuses détectées n'évoluent pas vers un cancer mais le risque est tel qu'il est nécessaire de traiter toutes les lésions. Ainsi, il

arrive que l'on traite des patients inutilement. Il peut s'agir d'une intervention légère sans risque comme dans le cas du cancer du col utérin ou d'une intervention chirurgicale lourde et/ou d'une radiothérapie comme dans le cas du cancer du sein. Il convient alors de bien mesurer tous ces paramètres, ainsi que le risque de développer le cancer en question, et de faire le point sur les ressources disponibles et les ressources supplémentaires nécessaires afin d'évaluer le bénéfice sanitaire potentiel et le coût du dépistage dans les populations cibles appropriées.

Pour assurer le succès des programmes de détection précoce, il est indispensable d'informer le grand public à propos des cancers les plus fréquents et de leurs facteurs étiologiques, de l'importance de la détection précoce, de la possibilité de bénéficier d'un dépistage ou d'un diagnostic précoce et des lieux où se rendre pour cela. Malheureusement, certains patients dont le dépistage est positif, particulièrement dans les pays défavorisés, refusent le traitement en raison de son coût, de la stigmatisation qu'il peut engendrer ou simplement parce qu'ils en ont peur. Il est également primordial que les personnels de soins soient formés correctement en matière de détection précoce et qu'il existe suffisamment de personnel de santé formé et compétent, d'équipements, de fournitures et d'infrastructures nécessaires aux activités de détection précoce, de diagnostic, de prise en charge et de suivi. Nous n'insisterons jamais assez sur le fait que la détection précoce n'a aucune valeur sans un traitement efficace. Pour confirmer la présence du cancer, des tests diagnostiques sont nécessaires. On peut faire appel soit à la visualisation par endoscopie,

soit à l'imagerie, avec l'utilisation des rayons X (la mammographie par exemple), de l'échographie, de la tomodensitométrie ou de l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les tests biochimiques, notamment sanguins, peuvent s'avérer utiles pour le diagnostic et également pour évaluer les effets du traitement sur le patient. Malheureusement, dans les pays en voie de développement, ces procédés sont soit indisponibles soit inabordable pour les patients. Enfin, les cellules ou tissus extraits de la lésion suspecte par ponction à l'aiguille fine ou par une opération chirurgicale doivent être examinés au microscope par un anatomopathologiste compétent pour confirmer le diagnostic. L'avancée de la maladie doit ensuite être établie, en utilisant les mêmes procédés que ceux du diagnostic et ce, afin de connaître le pronostic et de déterminer le traitement adapté.

### Définir le stade de la maladie pour trouver le traitement adapté

La détermination du stade requiert souvent de pratiquer des biopsies en complément des études d'imagerie. Cela est faisable lors du traitement chirurgical initial du cancer. Par exemple, lorsque l'on fait l'exérèse d'une tumeur du sein ou du côlon, on réalise également un curetage ganglionnaire (des aisselles dans le cas du cancer du sein) afin de pratiquer un examen histologique qui confirmera la présence de cellules cancéreuses indiquant une propagation depuis le site primitif. On détermine ainsi le stade de la maladie, qui, associé aux caractéristiques pathologiques de la tumeur initiale, permet de décider du traitement le plus approprié pour le patient. Le stade de la maladie sert à déterminer les

modalités de traitement indiquées, l'étendue de l'intervention chirurgicale, les zones à irradier et les particularités de la thérapie générale. Lorsque la détermination du stade se fonde uniquement sur les résultats de la biopsie initiale, l'examen physique et l'imagerie, on parle de stade clinique. Si l'on utilise les résultats d'une intervention chirurgicale et que l'on pratique d'autres biopsies (par exemple des ganglions lymphatiques régionaux), il s'agit alors du stade histopathologique.

Un cancer de stade 0 correspond à des lésions précancéreuses telles que le carcinome in-situ du sein ou la néoplasie cervicale intra-épithéliale de stade III (ou adénocarcinome *in situ* du col utérin). Un cancer de stade I correspond quant à lui à une petite tumeur localisée ne s'étant pas propagée, dont les dimensions maximales sont en général inférieures à 2 centimètres. Les cancers de stade 0 et I sont considérés

comme précoces. Une propagation locale limitée aux tissus adjacents, sur 2 à 4 centimètres et/ou une propagation limitée aux ganglions lymphatiques régionaux correspondent à un cancer de stade II. Les cancers de stade III se caractérisent par une propagation locale plus importante, sur plus de 4 centimètres ou par une propagation aux ganglions lymphatiques régionaux plus importante. On considère les cancers de stade II et III comme avancés. Au moment du diagnostic, les cancers de stade IV se sont déjà propagés aux organes distants par le biais des métastases. Ils sont considérés comme très avancés. Le taux de guérison des cancers de stade 0 est en général de 100 % et celui des cancers de stade I est souvent supérieur à 90 %. Le taux de guérison des cancers de stade II varie de 40 à 60 % et celui des cancers de stade III, de 10 à 30 %, même avec un traitement optimal, qui, malheureusement, n'est pas toujours disponible dans les pays en voie de développement. Les cancers de stade IV sont rarement guérissables.

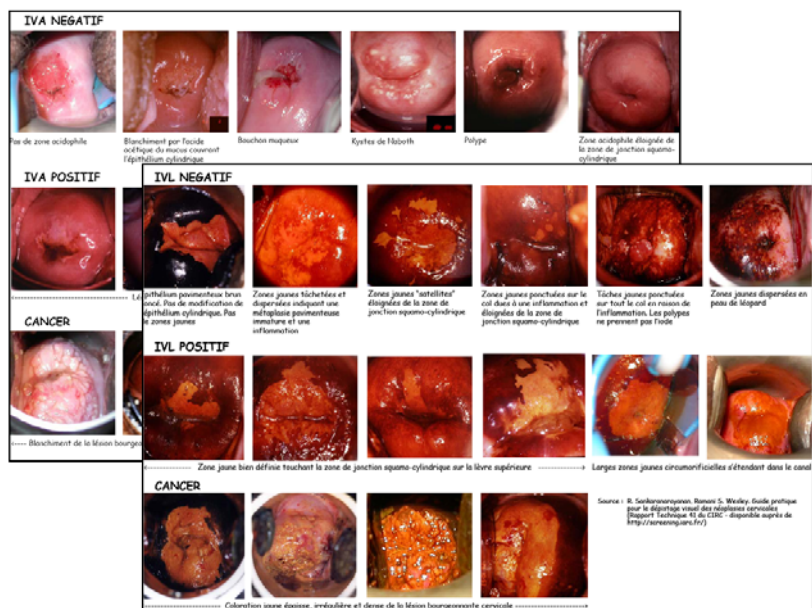


Figure 1. Tableau de référence clinique pour l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et de soluté de Lugol (IVL) (disponible sur <http://screenina.iarc.fr/viavili.dho> ).



**Figure 2. Formation en Thaïlande sur le traitement par résection à l'anse diathermique (RAD), traitement par exérèse de la lésion.**

### **Dépistage du cancer au stade précoce dans les pays en voie de développement**

Dépister des types de cancer spécifiques dans les populations appropriées (choisies selon des critères comme l'âge, le sexe et dans certains cas, l'exposition à des agents cancérigènes connus) est bien plus difficile dans les pays en voie de développement à cause du manque de ressources et de connaissances du grand public. Les comités nationaux de lutte contre le cancer devraient décider, lorsqu'ils organisent un dépistage, des cancers visés, des techniques à utiliser et du mode de dépistage (opportuniste ou par recrutement). Le dépistage par recrutement est plus à même de fonctionner dans les populations défavorisées et moins éduquées. La population sera auparavant avisée des dates du dépistage, qui pourra être pratiqué dans des cliniques mobiles, très utiles dans les zones rurales difficiles d'accès. Les cancers du col utérin, du sein, de la bouche et de l'intestin sont à dépister en priorité dans les pays en voie de développement, où la proportion de personnes atteintes ou facilement identifiables comme étant à haut risque est élevée, et où les méthodes de dépistage sont disponibles.

### *Cancer du col utérin*

Dans les pays en voie de développement, plus de 80 % des cancers du col utérin sont diagnostiqués au stade II ou à un stade supérieur et le taux de guérison est inférieur à 40 %. Les lésions cervicales précancéreuses (cancer de stade 0) peuvent être facilement diagnostiquées par des tests de dépistage plusieurs années avant qu'elles ne provoquent des symptômes de cancer invasif du col utérin. Il existe des tests de dépistage efficaces permettant de détecter des cancers du col utérin de stade 0 ou I, pouvant être guéris facilement. Il s'agit du frottis cervico-vaginal, consistant à examiner un frottis de cellules cervicales au microscope pour détecter la présence de cellules cancéreuses, de la détection du virus du papillome humain (VPH), responsable du cancer du col utérin, de l'inspection visuelle après application d'une solution contenant 3 à 5 % d'acide acétique (vinaigre), aussi appelée IVA (Figure 1) ou après application d'une solution iodée (soluté de Lugol), aussi appelée IVL (Figure 1). Pour l'instant, le test VPH reste coûteux mais des tests moins chers et plus rapides seront bientôt disponibles. Le dépistage visuel peut être pratiqué par des médecins, des infirmières et d'autres personnels de santé dans tous les pays en voie de développement car il donne des résultats immédiats et la confirmation du test peut se faire sans laboratoire (ou sans anatomo-cytopathologiste dans le cas du frottis). Cependant, lorsqu'ils sont positifs, les tests de dépistage peuvent être confirmés par l'inspection

visuelle du col utérin avec grossissement à l'aide d'un colposcope et par l'examen pathologique d'une biopsie. Dans les pays en voie de développement, lorsqu'elle est bien effectuée, l'inspection visuelle est aussi sensible que le dépistage par frottis. Elle coûte moins cher mais son taux de faux positifs semble légèrement supérieur à celui du frottis. Les traitements destinés aux femmes atteintes de cancer du col utérin au stade 0 sont simples, sans danger, efficaces et ne nécessitent pas d'hospitalisation. Il peut s'agir de la cryothérapie, consistant à geler le col utérin pendant quelques minutes ou de la résection de la lésion à l'anse diathermique (Figure 2). Récemment, une grande étude menée en Inde a permis de montrer que le dépistage par IVA de 49 000 femmes, effectué en une fois, permettait de réduire de 35 % les décès dus au cancer par rapport à un groupe de femmes non dépistées. Une autre étude menée en Afrique du Sud a permis de montrer que le traitement par cryothérapie des femmes dont le test VPH ou le dépistage par IVA était positif, permettait de réduire de 75 % et de 35 % respectivement l'apparition de nouveaux cancers cervicaux de stade 0. Il s'agit donc d'un bon moyen de prévention du cancer du col utérin et le bénéfique pourrait aussi concerner les femmes dont les résultats sont faussement positifs et traitées sans que le diagnostic ait été confirmé. Chez les femmes ayant entre 30 et 50 ans, il est fortement recommandé d'effectuer au moins une fois dans leur vie ou tous les 5 à 10 ans l'un des tests de dépistage décrits précédemment afin de réduire le risque de décès par cancer du col utérin. Malheureusement, dans les pays en voie de développement, il existe peu de programmes de dépistage

disponibles, surtout pour les femmes pauvres, celles qui ont le risque le plus élevé de développer un cancer du col utérin.

### Cancer du sein

Plus de 70 % des cancers du sein sont diagnostiqués aux stades III et IV dans les pays en voie de développement. Leur taux de guérison se situe donc en dessous de 50 %. Les tests utilisés pour le diagnostic clinique précoce du cancer du sein sont la mammographie, l'examen clinique des seins (ECS) et l'auto-examen des seins (AES). L'ECS est un examen physique pratiqué par un professionnel de santé et visant à détecter la présence de grosseurs ou d'autres anomalies des seins (Figure 4). L'AES est la palpation des seins à intervalles réguliers par les femmes elles-mêmes. Cette technique permet à la femme, connaissant l'aspect habituel de ses seins, de détecter rapidement l'apparition de grosseurs ou tout autre changement. Bien que la plupart des anomalies ne soit pas de nature maligne, l'AES peut permettre un diagnostic précoce du cancer du sein à condition que l'on fasse examiner ces anomalies par un professionnel de santé. Les femmes d'une vingtaine d'années peuvent commencer à pratiquer l'AES. Les femmes entre 30 et 40 ans, devraient, dans l'idéal, bénéficier

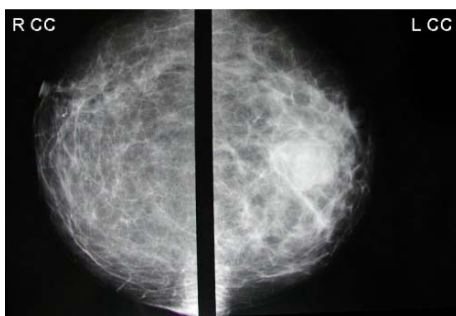


Figure 3. Mammographie (image radiologique des seins droit et gauche).

d'un ECS pratiqué par un professionnel de santé tous les 3 ans. Après 40 ans, cela doit être fait une fois par an, bien que cela soit rarement faisable dans les pays en voie de développement. La mammographie permet d'obtenir une image radiographique du sein (Figure 4), qui est utilisée pour détecter et évaluer les anomalies, autant chez les femmes asymptomatiques que chez les femmes présentant des symptômes comme une grosseur, des douleurs ou un écoulement par le mamelon. La mammographie permet d'obtenir une image du sein en noir et blanc sur un film (ou une image numérique), permettant de détecter les cancers précoces trop petits pour être palpés ainsi que les cancers de stade 0 (aussi appelés carcinomes intracanalaires). La détection d'un cancer du sein précoce à partir d'un cliché mammaire dépend de la taille de la tumeur, du volume et de la densité du sein et des compétences du radiologiste qui lira le cliché. La mammographie (Figure 5) est un examen qui coûte cher et de ce fait, l'utiliser pour le dépistage systématique de toutes les femmes asymptomatiques dans les pays en voie de développement n'est pas faisable, d'un point de vue économique et logistique. Cependant, la mammographie prend toute sa valeur lorsqu'elle est utilisée comme examen complémentaire chez les femmes présentant de petites grosseurs à l'ECS ou à l'AES. Toutefois, jusqu'à présent, aucune étude scientifique n'a été capable de prouver que l'ECS et l'AES permettaient de grosseurs à l'ECS ou à l'AES.

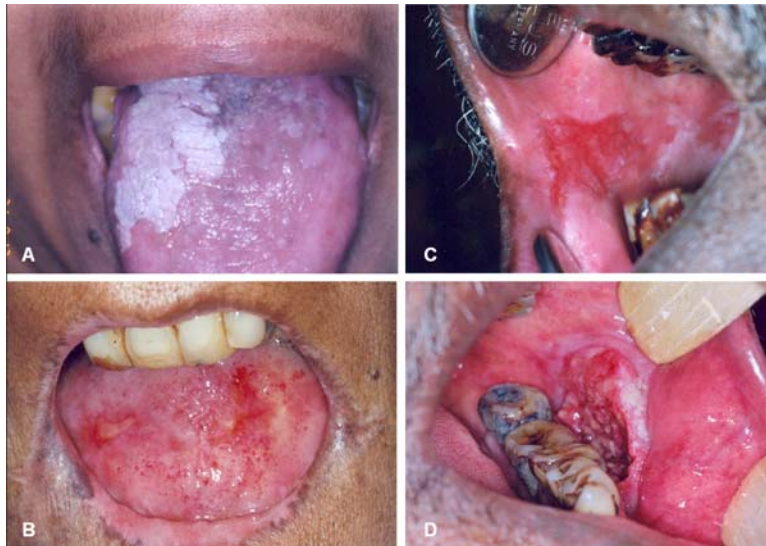


Figure 4. Tableau de référence pour l'examen clinique du sein (ECS) (disponible sur <http://screening.iarc.fr/doc/breastchart.pdf>).

Toutefois, jusqu'à présent, aucune étude scientifique n'a été capable de prouver que l'ECS et l'AES permettaient de réduire la mortalité due au cancer du sein dans les pays en voie de développement. De plus, pour réduire le taux de mortalité en intervenant au stade précoce du cancer du sein, il est primordial que les soins soient disponibles, rapidement mis en place et de qualité. Néanmoins, si l'on détecte une grosseur à la mammographie ou l'examen des seins, on pourra utiliser l'échographie pour guider l'aspiration cytologique, qui permettra de préciser le diagnostic. On utilise le terme « triple diagnostic » pour désigner l'utilisation combinée de la mammographie, de l'échographie et de l'aspiration cytologique à l'aiguille fine (FNAC), permettant l'évaluation diagnostique des femmes chez qui l'on a identifié la présence de tumeurs par l'ECS ou l'AES.

### Cancer de la bouche

Le cancer de la bouche étant localisé à un endroit facilement accessible à l'inspection, le dépistage des lésions buccales précancéreuses telles que plaques blanches (leucoplasie) (Figure 6), fibrose buccale sous-muqueuse (Figure 7), lésions rouges (érythroplasie) (Figure 8) et cancer buccal précoce



**Figure 5. A : Lésions précancéreuses de la bouche : plaques blanches (leucoplasie). B : Fibrose buccale sous-muqueuse (OSF). C : Érythroplasie (lésions rouges). D : Cancer buccal précoce.**

(Figure 9) par un professionnel de santé formé est précis, peu coûteux et très facilement réalisable même dans les pays les plus défavorisés. Le dépistage peut être facilement intégré aux soins de santé courants étant donné que l'inspection de la cavité buccale fait souvent partie de l'examen physique habituel. Cependant, il est nécessaire de chercher consciencieusement les signes précoces du cancer lors de l'examen de la bouche si l'on veut pouvoir repérer des lésions suspectes. Cet examen donne de meilleurs résultats si l'on dépiste des personnes à haut risque, c'est-à-dire les consommateurs de tabac et/ou d'alcool âgés de plus de 30 ans. Ils représentent en effet plus de 90 % des cas de cancer buccal. De nombreux cancers précoces sont détectés grâce à la palpation du cou et à une inspection visuelle minutieuse des lèvres, de la muqueuse des joues, du plancher de la bouche, de la langue et du palais sous un éclairage vif. Une grande étude menée en Inde a permis de montrer que le dépistage visuel des consommateurs de tabac et/ou d'alcool avait fait reculer le nombre de décès dus au cancer buccal de 35 %

comparativement à un groupe de personnes non dépistées. Il faudrait inciter les consommateurs d'alcool et particulièrement de tabac à stopper leur consommation et à se soumettre à un dépistage visuel qui devra avoir lieu tous les trois ans du fait du risque persistant de développer un cancer même des années après l'arrêt de la consommation.

#### *Cancer colorectal*

Le cancer colorectal est en train de devenir un problème important dans les pays d'Asie du Sud-Est, comme la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, Hong Kong et Taïwan. Ce problème touche également de nombreux pays d'Amérique Latine où les habitudes alimentaires sont en train de changer. La plupart des cancers débutent sous la forme de polypes, petites grosseurs bénignes apparaissant sur la paroi du gros intestin et pouvant évoluer en cancer. Les examens de dépistage du cancer colorectal sont les suivants :

- La *recherche de trace de sang occulte dans les selles* ;
- Le *lavement baryté en double contraste*, permettant de détecter des « lacunes » anormales par la radiologie;
- La *sigmoïdoscopie flexible*, inspection visuelle minutieuse de la partie descendante ou gauche de l'intestin par l'insertion d'un tube creux, mince et flexible, doté d'une source lumineuse et d'une petite caméra vidéo, permettant d'observer les images sur un écran;
- La *coloscopie*, similaire à la sigmoïdoscopie flexible mais avec une recherche de lésions cancéreuses et de polypes étendue à tout le gros intestin.

On peut faire une utilisation combinée de ces examens chez les personnes de plus de 50 ans dans le cadre de la détection précoce du cancer colorectal. Dans les pays en voie de développement, la recherche de sang occulte dans les selles, méthode peu coûteuse, est probablement l'examen le plus adapté même si, dans les cas où le dépistage est positif, la confirmation du diagnostic et du traitement nécessite un examen endoscopique de suivi.

#### *Bilan de santé périodique des patients atteints de cancer*

Les bilans de santé périodiques, effectués par des professionnels de santé, offrent la possibilité de bénéficier de conseils, d'un dépistage et d'un diagnostic clinique précoce. Le patient peut subir soit des examens de dépistage au cours desquels sont examinés la tête et le cou, la thyroïde, les seins, les testicules, les ovaires, les ganglions lymphatiques et la peau, soit être dirigé vers un service de dépistage du cancer où des examens spécifiques selon l'âge et le sexe seront pratiqués. C'est aussi l'occasion d'apprendre aux patients les techniques d'auto-examen, les signes et symptômes précoces

du cancer qui doivent les alerter. Les conseils en matière de santé peuvent porter sur l'aide à l'arrêt du tabac mais il peut aussi s'agir de recommandations sur le régime alimentaire, l'activité physique, et la prise de décision commune concernant le dépistage du cancer. Des consultations périodiques systématiques dédiées au cancer pourraient permettre de le détecter plus précocement et d'améliorer le taux de survie, même en l'absence d'avancées thérapeutiques.

### **Conclusion**

Même si la prévention du cancer reste le meilleur outil de lutte contre la maladie, la détection précoce suivie d'un traitement rapide est une excellente alternative. Les gouvernements et les ONG ont un rôle majeur à

jouer dans l'organisation d'activités éducatives permettant d'informer et de responsabiliser le grand public et les professionnels de santé. Le grand public doit être capable de reconnaître les signes d'alerte du cancer et de faire immédiatement appel à un professionnel de santé, qui a le devoir de conseiller le patient et de le diriger vers un service de dépistage. Ce sont tous ces éléments réunis qui assurent la réussite de la lutte contre le cancer. Cependant, des investissements dans les infrastructures et les ressources humaines sont nécessaires pour que la lutte contre le cancer, au moyen de la détection précoce et des traitements, soit efficace dans les pays

en voie de développement. Malheureusement, dans les pays les plus défavorisés, le nombre insuffisant et la distribution inégale non seulement de médecins et d'infirmières compétents mais aussi d'équipements nécessaires au diagnostic et au traitement, rend le fonctionnement des services de détection précoce extrêmement difficile. La concrétisation des actions de lutte contre le cancer au moyen de la détection précoce et des traitements dans les pays en voie de développement requiert instamment une volonté politique, un plan d'action et des investissements, associés à des programmes éducatifs appropriés et à la promotion de campagnes de dépistage.