



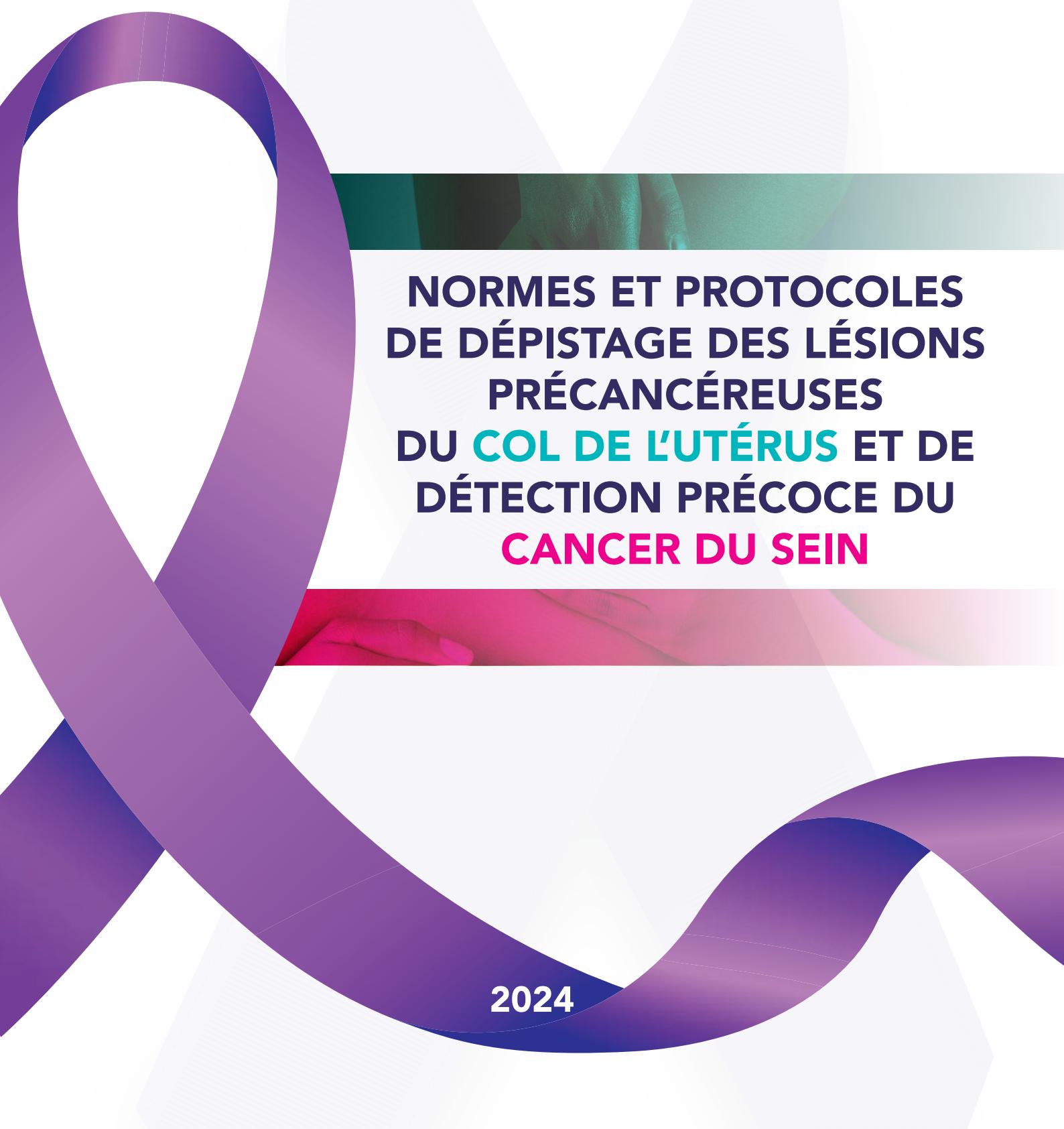
RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

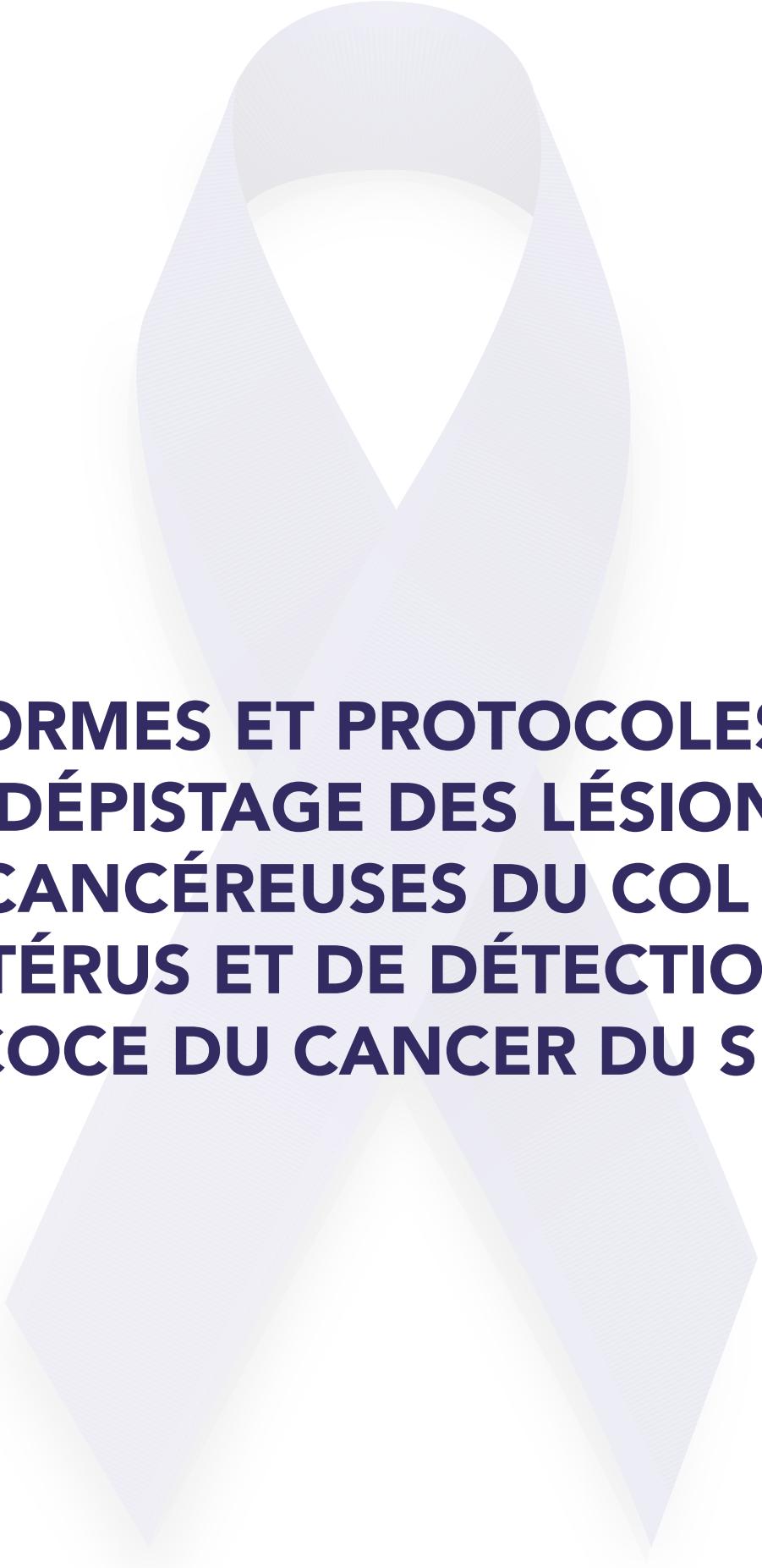
DIVISION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES



NORMES ET PROTOCOLES DE DÉPISTAGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS ET DE DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN

2024

**NORMES ET PROTOCOLES DE DÉPISTAGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES
DU COL DE L'UTÉRUS ET DE DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN**



NORMES ET PROTOCOLES DE DÉPISTAGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS ET DE DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN

SOMMAIRE

PRÉFACE	6
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	9
I. INTRODUCTION	10
I.1. Contexte	10
I.2. Objectifs du document	11
I.3. Cible	11
I.4. Utilisation du document	11
I.5. Définition opérationnelle des concepts	11
II. POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL DE L'UTERUS ET DU SEIN	13
II.1. Contexte et Enjeux (Justification)	13
II.2. Objectifs de la Politique	13
II.3. Principes Directeurs	13
II.4. Stratégies et Interventions	13
II.4.1. Détection et Diagnostic Précoce	13
II.4.2. Traitement et Prise en Charge	14
II.4.3. Vaccination Contre le HPV	14
II.4.4. Sensibilisation et Éducation	14
II.4.5. Renforcement du Système de Santé et Financement	14
II.4.6. Suivi, Évaluation et Recherche	14
III. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES LESIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS	17
A. RAPPELS	17
1. Définition	17
2. Anatomie et histologie du col de l'utérus	17
3. Histoire naturelle du cancer du col	19
4. Moyens de prévention du cancer du col utérin	20
B. NORMES	24
5. Niveau POSTE DE SANTE	25
6. Niveau CENTRE DE SANTE	26
7. Niveaux EPS1 et EPS2	27
8. Niveau EPS 3	28

C. PROTOCOLES	29
9. Cible	29
10. Périodicité	29
11. Catégorie de prestataire de santé pouvant réaliser un dépistage de qualité	29
12. Préparation du dépistage	29
13. Dépistage proprement dite	30
14. Résultats	30
15. Conduite à tenir	31
D. ALGORITHMES (Cf. annexe)	35
IV. DETECTION PRECOCE DU CANCER DU SEIN1I. Rappels sur le cancer du sein	37
A. Généralités	37
1. Définition	37
2. Épidémiologie	37
3. Facteurs de risque des cancers du sein	37
4. Anatomie du sein	38
5. Examen Clinique	39
6. Examens paracliniques	42
7. Modalités de prise en charge	44
8. Prévention	44
B. NORMES DE DETECTION PRECOCE DES CANCERS DU SEIN	46
1. Niveau COMMUNAUTAIRE	46
2. Niveau POSTE DE SANTE	46
3. Niveau CENTRE DE SANTE	47
4. Niveaux EPS 1 et 2	48
5. Niveau EPS 3	49
C. Protocoles de détection précoce des cancers du sein	50
1. Tests de dépistage	50
2. Cible	50
3. Périodicité	50
4. Préalables du dépistage	50
5. Pratiquer le test de dépistage indiqué	51
6. Résultats	51
7. Conduite à tenir	52
ANNEXES	54

PRÉFACE



Le Sénégal fait face à une montée inquiétante des maladies non transmissibles (MNT), qui représentent aujourd’hui un fardeau majeur pour la santé publique. Selon l’OMS 2022, elles sont responsables de 45 % des décès dans notre pays. Les MNT, devenues une priorité essentielle, s’inscrivent au cœur des Objectifs de Développement Durable (ODD) et du Plan National de Développement Sanitaire et Social.

Parmi ces pathologies, les cancers occupent une place alarmante en raison de leur impact considérable sur la mortalité et des lourdes conséquences socio-économiques qu’ils entraînent. La lutte contre ces maladies exige une réponse coordonnée à grande échelle pour atteindre la cible de l’ODD 3, qui vise à réduire d’un tiers la mortalité prématuée liée aux MNT.

Le Ministère de la Santé et de l’Action sociale, conscient de cet enjeu, a mis en place un Plan National de Lutte et de Contrôle contre les Cancers. En particulier, un accent a été mis sur le cancer du sein et celui du col de l’utérus, avec une politique de décentralisation et de déconcentration des services de dépistage et de détection précoce. Ces efforts se traduisent aujourd’hui par une amélioration significative de l’accès aux services à travers le renforcement des infrastructures et des capacités humaines.

Ce document de normes et protocoles s’inscrit dans cette dynamique. Il a pour vocation d’uniformiser et de structurer l’offre de soins à travers les différents niveaux de la pyramide sanitaire, tout en tenant compte des réalités locales. Élaboré en concertation avec les acteurs clés de la lutte contre les cancers gynécologiques, ce guide s’appuie sur les meilleures pratiques et recommandations internationales adaptées à notre contexte.

Je suis persuadé que l’application rigoureuse de ces normes contribuera de manière significative à l’amélioration des services de prévention et de prise en charge des cancers dans nos structures de santé. Je tiens à exprimer toute ma gratitude à l’ensemble des acteurs, experts régionaux, professionnels des districts sanitaires, personnel hospitalier, instituts de formation, société civile et partenaires techniques et financiers qui ont participé à la révision de ce document.

Je lance un appel à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les cancers gynécologiques pour qu’ils adoptent et appliquent ces protocoles de manière systématique, afin d’offrir des soins de qualité à nos populations.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document est le fruit d'efforts concertés des acteurs de la lutte contre les cancers au Sénégal. Le processus de révision du document Normes et Protocoles de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et de détection précoce du cancer du sein a suivi une démarche inclusive et consensuelle.

Le Ministère de la Santé et de l'action sociale remercie toutes les personnes, organisations et institutions qui ont contribué à la révision de ce document.

La rédaction a été pilotée par la Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (DLMNT) sous la supervision du Directeur Général de la Santé.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale remercie particulièrement le groupe d'élaboration et le comité restreint composés de :

- Professeur Ousmane CISSE, Directeur Général de la Santé
- Docteur Mamadou Moustapha DIOP, Directeur de la lutte contre la Maladie
- Docteur Malick ANNE, Chef de la DLMNT
- Docteur Ndeye Mbombé DIENG LO, DLMNT
- Docteur Seynabou MBOW, DLMNT
- Docteur Khadiatou BARRO, DLMNT
- Madame Diambogne NDOUR, DLMNT
- Madame Khady NDAO, DLMNT
- Madame Oulimata Marie Louise SENE, DLMNT
- Madame Ndeye Fatou Sow KEBE, DLMNT
- Madame Khadijatou WANE, DLMNT
- Madame Anta Ndiaye CISSE, DLMNT
- Madame Aissatou Sidy BA, DLMNT
- Madame Khary BEYE GUEYE, DLMNT
- Madame Awa NDIAYE, DLMNT
- Monsieur Abdoulaye Samba KA, Direction de la Lutte contre la Maladie
- Monsieur Amath DIOUF, Division Santé Mentale /Direction de la Lutte contre la Maladie
- Monsieur Saliou DIENG, Direction de la Lutte contre la Maladie
- Monsieur Papa Diogop NDAO, Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
- Professeur Alassane DIOUF, Gynécologue-obstétricien, FMPO-UCAD
- Professeur Serigne Modou KANE GUEYE, Gynécologue-obstétricien, UFR sante-ZIGUINCHOR
- Professeur Omar GASSAMA, Gynécologue-obstétricien, Président de la Société Sénégalaise de Colposcopie et de Pathologies liées au Papillomavirus
- Professeur Mariétou THIAM COULIBALY, Gynécologue-obstétricienne, CHR de Thiès
- Professeur Linda BENTAFOUET, Anatomopathologiste - CHR de Thiès
- Docteur Rouguillatou DIALLO, Gynécologue-obstétricien, CHR de Fatick



- Docteur Lamine GUEYE, Gynécologue-obstétricien Centre Hospitalier Régional de Thiès
- Docteur Toly LY THIAM, Gynécologue-obstétricien, EPS 1 de Mbour
- Docteur Yaye Coumba BATHILY, Gynécologue-obstétricienne, HALD
- Dr Fatou Bintou SALL, Gynécologue-obstétricienne – Centre de Santé Gaspard Kamara
- Docteur Djibril Bahaid SOW, Gynécologue-obstétricien - CHR de Saint-Louis
- Docteur Marie Jésus AIDARA, Gynécologue-obstétricienne à l'Hôpital Saint Jean de Dieu
- Docteur Kor NDIAYE, Anatomopathologiste, Hôpital de la Paix, Ziguinchor
- Docteur Jean Baptiste KACOU, Anatomopathologiste, CHR de Diourbel
- Madame Mame Laitite DIALLO, Coordonnatrice Santé de la Reproduction /Direction Régionale de la Santé de Fatick
- Docteur Fatma GUENOUNE, présidente de la Ligue Sénégalaise contre le Cancer ;
- Monsieur Mamadou Mansour NIANG, Ligue Sénégalaise contre le Cancer
- Docteur Ousmane DIENG, Organisation Mondiale de la Santé
- Madame Marième DIALLO, Clinton Health Access Initiative
- Monsieur Kevin SAWADOGO, Clinton Health Access Initiative
- Monsieur Mamadou Souleymane SY, Personne ressource

Le Ministère de la Santé et de l’Action Sociale adresse également ses sincères remerciements à l’Organisation mondiale de la Santé, à l’ONG Clinton Health Access Initiative pour leur soutien technique et financier au processus de révision et de reprographie de ce document.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACS	Acteurs Communautaires de Santé
ACs	Acteur Communautaire de Soins
ASC	Agent de Santé Communautaire
BG	Bajenu Gox
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Prénatale
CPON	Consultation Postnatale
CS	Centre de Santé
DHIS2	District Health Information Software 2
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
ECAD	Électroconisation à l'Anse Diathermique
EPS	Établissement Public de Santé
ERAD	Électro-Résection à l'Anse Diathermique
HPV	Human Papilloma Virus (Virus du Papilloma Humain (VPH)
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVA	Inspection Visuelle à l'Acide Acétique
IVL	Inspection Visuelle au Lugol
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMT	Praticien de la médecine traditionnelle
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PPS	Point de Prestation de Soins
PS	Poste de Santé
PNLCC	Plan National de Lutte et de Contrôle contre le Cancer
REGSEN	Registre des cancers du Sénégal
RV	Rendez-vous
SFE	Sage-femme d'État
SOU	Soins Obstréticaux d'Urgence
VADI	Visite à Domicile Intégrée
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte

La prévalence des Maladies Non Transmissible, en particulier les cancers, connaît une augmentation préoccupante à l'échelle mondiale. Parmi ces pathologies, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein sont des priorités de santé publique en raison de leur forte incidence et de leur taux élevé de mortalité.

Dans le monde, le cancer est l'une des principales causes de décès avec près de 10 millions de décès annuels, soit un sur six. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette maladie entraîne des conséquences socio-économiques considérables, constituant un obstacle au développement inclusif, équitable et durable.

En Afrique, on estime à 1 185 216 le nombre de nouveaux cas de cancers en 2022, avec 763 843 (Globocan 2022). Le Sénégal n'est pas épargné avec 11 841 nouveaux cas et 8 134 décès la même année. Parmi les cancers les plus fréquents dans le pays, le cancer du col de l'utérus occupe la première place avec 2064 nouveaux cas et 1327 décès, suivi du cancer du sein avec 1838 nouveaux cas et 976 décès. Toutefois, les données hospitalières, notamment celles de l'Institut Joliot-Curie et d'autres structures de santé, indiquent une prédominance du cancer du sein. .

L'incidence et la mortalité liées à ces cancers restent préoccupantes en raison du diagnostic tardif, de barrières socio-culturelles, de l'inaccessibilité financière et géographique, ainsi que de l'impact psychologique lié à la perte de la féminité.

Concernant les déterminants de ces cancers, des études épidémiologiques montrent que l'infection par le papillomavirus humain (HPV) est le facteur de risque du cancer du col de l'utérus, en particulier les souches **HPV 16 et 18**. La faible couverture vaccinale contre le HPV au Sénégal, associé à un accès limité au dépistage frottis cervico-vaginal ou par tests HPV, contribue à ce fardeau.

Pour le cancer du sein, les facteurs de risque incluent des antécédents familiaux, les grossesses tardives, l'obésité, ainsi que la consommation d'alcool.

Conformément aux recommandations de l'OMS et au Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028, le Sénégal s'est engagé dans la stratégie d'accélération de l'élimination du cancer du col de l'utérus et l'initiative mondiale contre le cancer du sein.

Ainsi, le Plan National de Lutte et de Contrôle contre le Cancer (PNLCC 2025-2029) met un accent particulier sur les cancers gynécologiques. Ce plan vise à renforcer les infrastructures de dépistage de traitement, tout en promouvant la santé pour réduire significativement le fardeau de ces maladies. En outre, un document de normes et protocoles de dépistage harmonisés pour le dépistage et le traitement des cancers gynécologiques a été élaboré en 2018. Toutefois, les nouvelles recommandations mondiales et l'évolution du profil épidémiologique du pays impose une révision dudit document.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'est engagé à mettre à jour ce document afin renforcer la politique de prévention et de prise en charge des cancers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

I.2. Objectifs du document

Ce présent document permet de :

- Disposer d'un référentiel standardisé adapté au profil épidémiologique du Sénégal pour un dépistage et un traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus et une détection précoce du cancer du sein ;
- Harmoniser les actes de dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus et de la détection précoce du cancer du sein ;
- Spécifier les services de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus et de détection précoce du cancer du sein proposés à différents niveaux de compétences de la pyramide sanitaire.

I.3. Cible

Ce document cible :

- Gestionnaires de programmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Prestataires de soins des différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Acteurs Communautaires de Santé (ACS) ;
- Organisations de la société civile.

I.4. Utilisation du document

Ce document peut être utilisé par tous les professionnels de santé.

- C'est un manuel de référence qui fournit l'information essentielle sur les différentes étapes du dépistage et celles du diagnostic des cancers du col de l'utérus et du sein.
- Il peut être utilisé comme support lors de la préparation des sessions de formation et d'apprentissage pour les prestataires de soins du niveau opérationnel.
- Il peut être considéré comme un manuel d'auto-apprentissage.
- Il permet de définir les rôles et de situer les responsabilités entre les prestataires des différents niveaux d'intervention et de soins.

I.5. Définition opérationnelle des concepts

● Normes

La détermination des normes a pour but d'améliorer la qualité des services. Les normes définissent, pour chaque volet et composante retenus :

- Le paquet de services à offrir à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- Les bénéficiaires des services ;
- Les prestataires en fonction de leur qualification et de leurs compétences ;
- L'équipement minimum acceptable.

Elles précisent en outre pour certains services ou activités quand et à quelle fréquence, ils doivent être exécutés.

En résumé, les normes répondent pour chaque prestation aux questions suivantes :

Comment ? Par qui ? Pour qui ? Où ? Quand ? Combien ? Avec quoi ?

Pour faciliter l'utilisation du document, les normes sont présentées sous forme de tableau comportant : la cible, le niveau de la pyramide sanitaire, les activités, les prestataires et le plateau technique.

● **Protocoles**

Les protocoles répondent à la question : « comment atteindre le but de la politique sanitaire selon les normes de services prescrites ». Ils indiquent donc comment résoudre les problèmes liés au dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et à la détection précoce du cancer du sein à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Le but de ces protocoles est de permettre aux prestataires de soins d'offrir des services standardisés et de qualité, et facilitent la prise de décisions. Les protocoles doivent être régulièrement adaptés et mis à jour.

● **Dépistage**

Le dépistage est l'identification présumée de lésions précancéreuses, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée.

Le dépistage est une action dirigée vers toute la population, supposée être exposée au risque de présenter une anomalie en faveur d'un cancer ; ce n'est pas une action pour proposer des services de diagnostic (clinique) ni examiner un échantillon de la population.

Le principe du dépistage est de rechercher par un test (examen ou autre procédure), une anomalie ou un marqueur de cancer potentiel dans une population apparemment non malade. Le test de dépistage n'est pas un test diagnostic.

● **Détection précoce**

La détection précoce permet la découverte d'un cancer au stade de la maladie pour le traiter au plus tôt. L'objectif de la détection précoce est de diminuer la mortalité et la morbidité liées au cancer.

Plus spécifiquement, elle permet de diagnostiquer les cancers à un stade de curabilité en vue de diminuer la mortalité liée au cancer et en utilisant des moyens de diagnostic susceptibles d'être proposés à un grand nombre de personnes et un traitement moins agressif.

● **Autopalpation/ autoexamen des seins**

L'autopalpation des seins est un examen que chaque femme peut effectuer elle-même pour surveiller l'état de ses seins et détecter d'éventuelles anomalies. Il s'agit d'un geste simple qui consiste à palper régulièrement ses seins afin de repérer toute modification de leur texture, de leur forme ou de la présence de nodules.

● **Dépistage organisé**

Le dépistage organisé est une démarche de santé publique qui consiste à proposer à une population donnée, généralement en bonne santé apparente, de réaliser régulièrement un examen médical spécifique afin de détecter une maladie à un stade précoce, avant même l'apparition de symptômes. Les examens de dépistage doivent être répétés à intervalles réguliers pour détecter toute évolution de la maladie. Le dépistage organisé nécessite une organisation précise, avec des procédures claires pour l'invitation, la réalisation des examens, la transmission des résultats et le suivi des personnes qui présentent un test de dépistage positif.

● **Dépistage opportuniste**

Le dépistage opportuniste est une pratique qui consiste à proposer un examen de dépistage à un individu en dehors d'un programme de dépistage organisé. Le dépistage opportuniste est flexible et peut être proposé à tout moment, à l'initiative du professionnel de santé ou de la personne elle-même.

II. POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL DE L'UTERUS ET DU SEIN

II.1. Contexte et Enjeux (Justification)

Les cancers du col de l'utérus et du sein constituent des menaces majeures pour la santé des femmes au Sénégal. Alors que le cancer du col de l'utérus est évitable grâce à la vaccination contre le HPV et au dépistage précoce, le cancer du sein, dont l'étiologie reste partiellement inconnue, peut être guéri ou contrôlé lorsqu'il est détecté tôt. La mise en place de stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge est essentielle pour réduire leur incidence et leur mortalité.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fixé des objectifs ambitieux dans le cadre de ses initiatives mondiales pour l'élimination du cancer du col de l'utérus et la réduction de la mortalité par cancer du sein. Le Sénégal a aligné sa politique nationale sur ces objectifs en tenant compte des réalités locales et en renforçant les ressources nécessaires.

II.2. Objectifs de la Politique

- Réduire l'incidence des cancers du col de l'utérus et du sein par la mise en œuvre d'un dépistage systématique et accessible.
- Améliorer l'accès aux soins et aux traitements pour les femmes atteintes de ces cancers.
- Assurer une couverture vaccinale élevée contre le HPV pour prévenir les infections initiales responsables du cancer du col de l'utérus.
- Renforcer les infrastructures de santé pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patientes.
- Sensibiliser et éduquer les communautés sur la prévention et la détection précoce des cancers féminins.

II.3. Principes Directeurs

- **Accessibilité et équité :** Assurer un accès égal aux services de dépistage et de traitement pour toutes les femmes, indépendamment de leur région ou statut socio-économique.
- **Approche intégrée :** Intégrer la lutte contre ces cancers dans le système de santé général et dans les programmes de santé reproductive.
- **Partenariat et collaboration :** Renforcer la coopération avec la société civile, les organisations internationales, les ONG et les entreprises locales.
- **Suivi et évaluation :** Mettre en place un système de suivi pour mesurer les progrès et ajuster les stratégies en fonction des résultats obtenus.

II.4. Stratégies et Interventions

II.4.1. Détection et Diagnostic Précoce

● **Cancer du col de l'utérus :**

- Dépistage recommandé pour les femmes de 25 à 69 ans, avec une priorité pour celles vivant en zones rurales.
- Méthodes : Inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), test HPV pour les femmes de 30 ans et plus.

- Intégration du dépistage dans les soins de santé reproductive et utilisation d'unités mobiles pour atteindre les zones inaccessibles.

● **Cancer du sein :**

- Dépistage recommandé pour les femmes de 25 à 74 ans, en priorité celles ayant des antécédents familiaux.
- Méthodes : Examen clinique des seins annuel, mammographie systématique pour les femmes de 40 ans et plus.
- Sensibilisation à l'auto-examen des seins et mise à disposition d'unités mobiles pour le dépistage.

II.4.2. Traitement et Prise en Charge

● **Cancer du col de l'utérus :**

- Traitement des lésions précancéreuses par cryothérapie ou thermo-ablation.
- Formation des prestataires de santé aux techniques de détection et de traitement.
- Suivi post-traitement pour prévenir les récidives.

● **Cancer du sein :**

- Prise en charge rapide avec un accès aux traitements chirurgicaux, chimiothérapeutiques et radiothérapeutiques.
- Renforcement des infrastructures pour assurer la disponibilité des mammographies et autres équipements de diagnostic.
- Suivi personnalisé pour les patientes atteintes.

II.4.3. Vaccination Contre le HPV

- **Cible :** Filles de 9 à 14 ans vaccinées avant leur exposition au virus.
- **Objectif :** Atteindre une couverture de 90 % des filles dans la cible.
- Sensibilisation et engagement communautaire pour favoriser l'adhésion des familles.

II.4.4. Sensibilisation et Éducation

- Campagnes d'information via les médias, réseaux sociaux et collaborations communautaires.
- Intégration de l'éducation sur la santé reproductive et la prévention des cancers dans le programme scolaire.
- Mobilisation annuelle à travers l'initiative « Octobre Rose » pour le cancer du sein et d'autres campagnes pour le cancer du col de l'utérus.

II.4.5. Renforcement du Système de Santé et Financement

- Mise en place d'unités de dépistage et de traitement dans tous les districts sanitaires.
- Formation continue du personnel médical.
- Financement durable en collaboration avec les partenaires internationaux et le secteur privé.

II.4.6. Suivi, Évaluation et Recherche

- Système de suivi des indicateurs clés : taux de dépistage, taux de traitement, couverture vaccinale HPV, accessibilité des soins, incidence et mortalité.

- Centralisation des données via la plateforme DHIS2 pour une meilleure gestion et analyse des tendances.
- Encouragement de la recherche locale pour une meilleure compréhension des cancers féminins et l'adaptation des stratégies de lutte.

La politique de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein repose sur un engagement à long terme et une coordination multisectorielle. En intégrant la prévention, le dépistage, la vaccination et le traitement, cette stratégie vise à réduire significativement l'impact de ces maladies sur les femmes et à garantir un accès équitable aux services de santé.



DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES LESIONS PRECANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS

III. DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES LESIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS

D. RAPPELS

1. Ampleur

Le cancer du col de l'utérus constitue un défi majeur en termes de santé publique. A l'échelle mondiale, 662 301 femmes sont affectées chaque année, entraînant 348 874 cas de décès. (GLOBOCAN 2022)

Au Sénégal, pour l'année 2022, nous avons enregistré **2064** nouveaux cas de cancer du col de l'utérus avec **1327** décès, principalement en raison du diagnostic tardif (GLOBOCAN 2022).

2. Définition

2.1. Lésions précancéreuses

Ce sont des altérations cellulaires non cancéreuses développées aux dépens des différents tissus constituants le col de l'utérus et qui ont la capacité d'évoluer vers le cancer.

2.2. Cancer du col utérin

C'est une prolifération cellulaire maligne développée aux dépens des différents tissus constituants le col de l'utérus.

3. Anatomie et histologie du col de l'utérus

3.1. Anatomie du col de l'utérus

Le col de l'utérus ou cervix est la portion inférieure de l'utérus. C'est un organe musculaire lisse de forme cylindrique avec deux portions : la portion supra vaginale et la portion intravaginale. Il est composé de l'endocol (rouge et papillaire) et de l'exocol (rose et lisse).

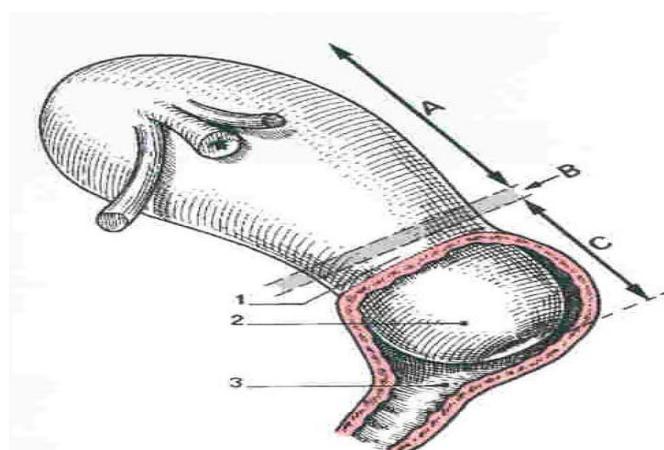


Figure1. Col de l'utérus

1 : portion supra vaginale

2 : portion intra vaginale

3 : vagin

A : corps de l'utérus

B : isthme de l'utérus

C : col de l'utérus

A : portion supravaginale

B : portion vaginale

C : col utérin

1 : isthme utérin

2 : col utérin

3.2. Histologie du col de l'utérus

Le col de l'utérus est composé de deux parties :

● Exocol

Il est constitué d'un épithélium malpighien (pavimenteux, pluristratifié) riche en glycogène. Il est en continuité avec l'épithélium vaginal.

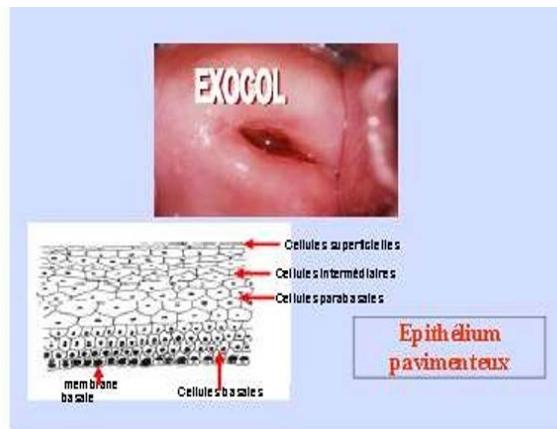


Figure2. histologie de l'exocol

● Endocol

Il est constitué d'un épithélium cylindrique glandulaire en continuité avec l'endomètre. Il secrète la glaire sous l'influence des œstrogènes.

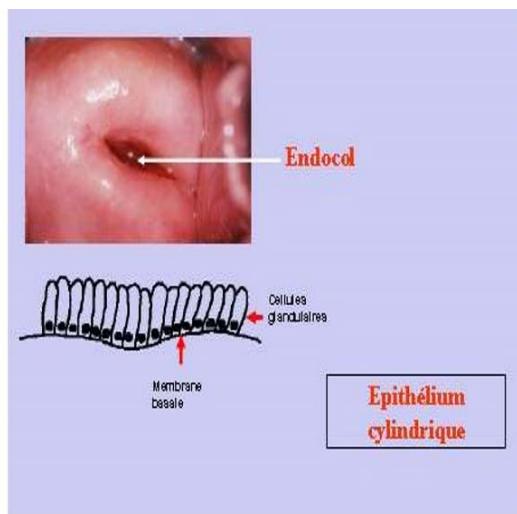


Figure3. histologie de l'endocol

● Zone de jonction

Entre l'exocol et l'endocol se trouve la zone de jonction. C'est la limite entre les 2 épithéliums cylindrique et malpighien. Elle est le siège de remaniements permanents. C'est une zone de faiblesse par où entre le HPV. Elle subit des changements en fonction de l'âge, du statut hormonal de la femme.

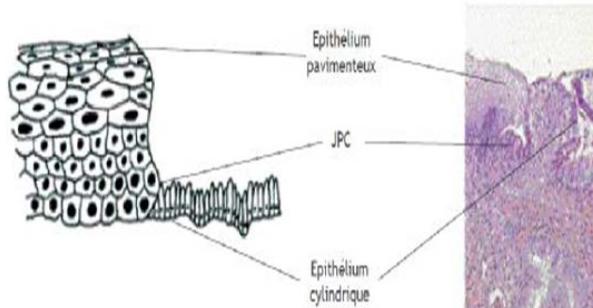


Figure4. Histologie de la zone de jonction

4. Histoire naturelle du cancer du col

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus commence généralement par une infection persistante par le Virus du Papillome Humain (VPH) qui est la principale cause de ce cancer. Elle dépend de plusieurs facteurs :

4.1. Papillomavirus humains

Virus à ADN bicaténaire non enveloppés de la famille des papillomaviridae. Il existe plus de 200 génotypes avec un tropisme cutané et muqueux classés en bas risque, à risque intermédiaire et à haut risque.

Les papillomavirus à haut risque tels que **16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 et 82** sont incriminés dans la survenue du cancer du col utérin.

4.2. Facteurs pronostiques et Cofacteurs

4.2.1. Facteurs viraux

- **Génotype viral** : les papillomavirus à haut risque sont associés à un développement accru de néoplasies cervicales, comparés à d'autres types viraux.
- **Charge virale** : une charge virale élevée est associée à une diminution de la probabilité de clairance de l'infection à HPV et est un indicateur de CIN sous-jacente.
- **Persistante virale** : le risque de développer une lésion de haut grade est corrélé à la persistance de l'infection à HPV à haut risque.

4.2.2. Cofacteurs

Les facteurs incriminés sont :

- Facteurs liés à l'hôte: âge, comportement sexuel, statut immunitaire, grossesse, multiparité, type Human Leucocyt Antigen (HLA);
- Habitude et Mode de vie : utilisation prolongée des contraceptifs oraux, tabac, autres infections sexuellement transmissibles (IST), nutrition, niveau socioéconomique.

4.3. Histoire naturelle proprement dite

Le cancer du col utérin commence par une infection persistante par les papillomavirus à haut risque à la suite des rapports sexuels, sous l'influence des cofacteurs conjugués aux effets des papillomavirus. L'infection de l'exocol est d'abord passagère et le virus est éliminé dans 70% des cas par l'organisme. Dans 30% des cas le virus persiste et entraîne avec la conjugaison des cofacteurs des lésions précancéreuses qui peuvent évoluer en l'absence de dépistage et de traitement vers une CIN1, ensuite une CIN2 et une CIN3. En l'absence de prise en charge adaptée l'évolution se fait vers un carcinome in situ puis un cancer micro-invasif puis invasif comme rapporté à la figure 5.

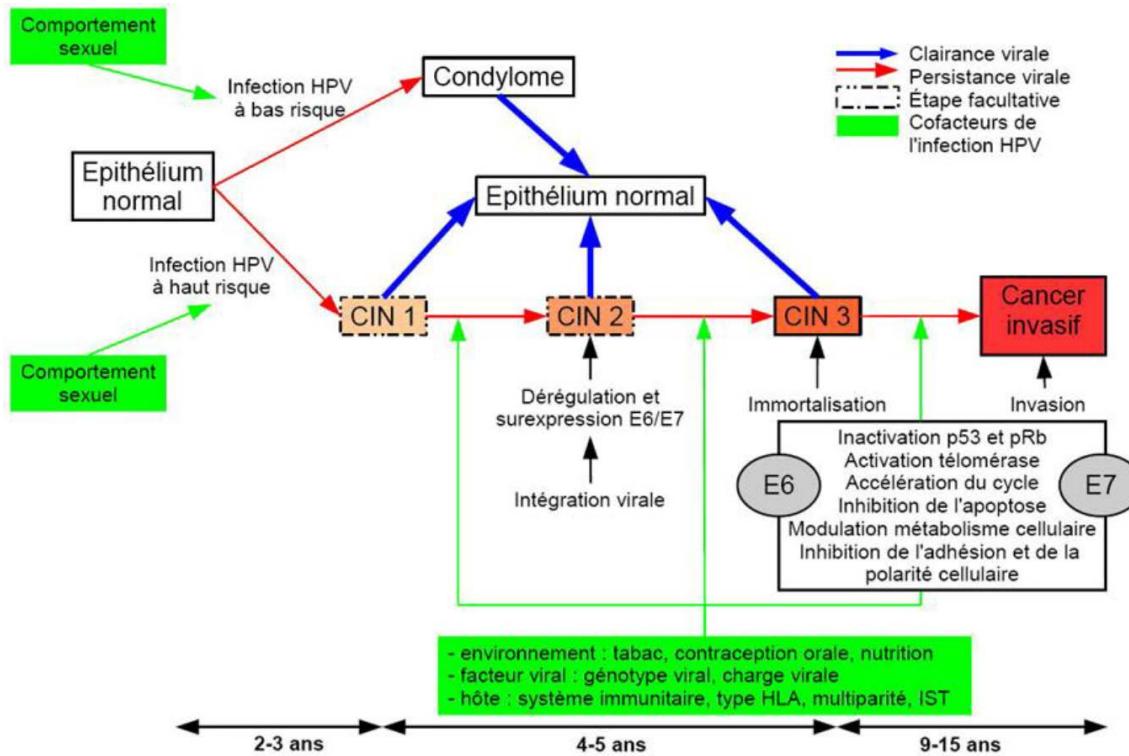


Figure5. Schéma évolutif du cancer du col utérin

5. Moyens de prévention du cancer du col utérin

5.1. Prévention primaire

5.1.1. Lutte contre les facteurs de risque : Information, éducation et communication

L'éducation à la santé s'adresse aussi bien aux femmes, qu'à la communauté en général, et vise à faire comprendre que le cancer du col peut être évité. Elle doit faire partie intégrante de tous les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

L'infection à HPV étant une infection sexuellement transmissible, le changement du comportement sexuel par l'utilisation des préservatifs, la limitation du nombre de partenaires sexuels et le fait de retarder l'âge du premier rapport sexuel semblent offrir une protection contre cette infection.

En outre, il est essentiel de promouvoir une alimentation et un mode de vie sains avec une alimentation équilibrée, riche en fruits et légumes, ainsi que des habitudes de vie saines (activité physique, éviter le tabac et l'alcool) pour renforcer le système immunitaire.

5.1.2. Vaccination contre le VPH

La vaccination des jeunes filles contre le VPH est l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Elle est recommandée avant le début de l'activité sexuelle, généralement entre 09 et 14 ans.

Il existe trois types de vaccin :

- Le cervarix : vaccin bivalent dirigé contre les VPH 16 et 8
- Le gardasil quadrivalent dirigé contre les VPH 6, 11, 16 et 18
- Le gardasil 9® : vaccin nonavalent dirigé contre les VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58.

Deux schémas vaccinaux sont recommandés:

- un premier schéma avec 2 doses espacées de 6 mois pour les jeunes filles de 9 ans à 13 ans révolus à la première dose pour Gardasil®, et
- un deuxième schéma à 3 doses (0, 2 et 6 mois pour Gardasil® pour les jeunes de plus de 15 ans.

Au Sénégal, le Gardasil® quadrivalent a été introduit dans le programme élargi de vaccination depuis le 31 octobre 2018 chez les filles de 9 à 14 ans par voie intramusculaire.

5.2. Prévention secondaire

5.2.1. Dépistage des lésions précancéreuses

5.2.1.1. Méthodes visuelles

a. Inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) :

L'inspection du col utérin à l'œil nu après application d'acide acétique à 5% pour détecter les lésions précancéreuses. La coagulation des protéines intracellulaires entraîne blanchissement en cas de lésion précancéreuse.



Figure6. Avant application d'acide acétique



Figure7. Figure7 : Après application d'acide acétique

b. Inspection visuelle après application du Lugol :

L'inspection du col utérin à l'œil nu après application du lugol qui se traduit par une coloration iodonégative en présence de cellule immature dépourvue de glycogène alors que la cellule normale est colorée en brun acajou.

Toutefois, il faut retenir que pour le dépistage, l'acide acétique seul permet de détecter la présence ou non de lésions précancéreuses.



Figure8. Aspect du col après application d'iode

c. Inspection visuelle après grossissement :

C'est l'observation du col après un grossissement à la loupe au fort grossissement ou l'utilisation de l'intelligence artificielle (AVE).

5.2.1.2. Cytologie cervico-utérine

C'est l'outil le plus couramment utilisé en raison de son faible coût et de sa facilité de réalisation. Les frottis par méthode conventionnelle et en milieu liquide sont les plus utilisés.

La sensibilité du frottis dans le suivi des femmes traitées pour lésion de haut grade n'est que de 49% du fait de la petite taille des lésions résiduelles et des remaniements anatomiques post thérapeutiques. L'OMS recommande de faire un frottis tous les 3 à 5 ans après un frottis normal si la femme a une sérologie VIH négative. Cependant, le deuxième frottis est réalisé après seulement 3 ans si la sérologie HIV est positive ou non connue dans les zones endémiques.

5.2.1.3. Test viral VPH

Le Test VPH permet simplement d'affirmer ou non la présence d'ADN ou d'ARN viral dans les cellules qui ont été prélevées sur le col utérin. L'absence de papillomavirus sur un frottis est la signature d'un col normal. A l'inverse, sa présence est un indicateur de vigilance. Il ne signifie pas pour autant la présence d'une lésion sous-jacente, mais alerte le praticien et la cliente pour un suivi ou des examens appropriés.

5.2.1.4. Colposcopie

Elle comporte trois temps : examen sans préparation du col utérin avant et après nettoyage avec un coton sec afin d'apprécier le chorion sous-jacent ; l'inspection à l'acide acétique et au lugol.

L'acide acétique à 3% ou à 5% a pour effet de coaguler les protéines donc d'induire un blanchiment des tissus dont la charge protéique est élevée.

Pour la solution de lugol, il s'agit d'une préparation iodée dite « Forte » avec une concentration de 2%. L'iode a pour effet de colorer le glycogène intracellulaire en brun foncé dénommé abusivement brun acajou.

5.2.1.5. Biopsie du col

Elle consiste en un prélèvement tissulaire avec une pince à biopsie du col, en vue d'un examen microscopique plus précis des lésions précancéreuses. Elle permet de confirmer la présence d'une lésion et de préciser son grade.

5.2.1.6. Biomarqueurs

● immunohistochimie

► Protéine p16

Il s'agit d'une protéine cellulaire dont l'accumulation dans le cytoplasme est liée au blocage de pRB par l'oncoprotéine E7, propre à tous les HPV oncogènes.

► Ki 67

Le marquage nucléaire de Ki-67 permet d'établir un index de prolifération. Il est augmenté dans les lésions intra-épithéliales de haut grade.

● **immunocytochimie**

► **Pro Ex C**

Le dosage immuno-cytochimique par l'anticorps ProEx C cible l'expression de la topo-isomérase-II- α et la protéine-2 d'entretien de minichromosome.

5.2.2. Traitement des lésions précancéreuses

5.2.2.1. Méthodes destructrices

a. Cryothérapie

Cette technique est basée sur une cryonécrose des tissus qui est obtenue lorsque la température des cellules se situe entre -20 et -40°C. Cette baisse de température est obtenue par l'application d'une cryode pendant 3 minutes environ. Cette cryode est refroidie grâce à l'expansion d'un gaz (généralement du monoxyde d'azote). Les avantages de cette méthode sont le faible coût et le faible risque d'hémorragie préopératoire.

b. Vaporisation au laser

Il s'agit d'une destruction tissulaire obtenue à l'aide d'un faisceau lumineux monochromatique infrarouge, unidirectionnel et de forte densité d'énergie. L'énergie transmise aux tissus est proportionnelle à la puissance d'émission et inversement proportionnelle à la surface d'impact du faisceau.

c. Electrocoagulation ou Thermoablation

Cette technique repose sur la fulguration ou la coagulation des tissus par le passage d'un courant de haute fréquence. L'utilisation d'une lame ou d'une boule permet une destruction étendue en superficie et peu profonde.



Figure9. Appareil de thermoablation

5.2.2.2. Méthodes d'exérèse

a. Conisation chirurgicale:

La conisation au bistouri froid a longtemps été le traitement de référence des lésions intra-épithéliales du col utérin en France. Elle est réalisée au bloc opératoire aussi bien sous anesthésie générale, que sous anesthésie locale. Il s'agit d'une technique efficace mais qui reste très agressive.

b. Conisation au laser

La conisation au laser est apparue comme une alternative valable à la conisation au bistouri froid en raison de sa précision et de la qualité de l'hémostase obtenue sans suture cervicale.

c. Conisation à l'anse diathermique (CAD) ou résection à l'anse diathermique (RAD)

Elle est aussi appelée Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ) par les Anglo-Saxons. Elle consiste à enlever des tissus anormaux du col de l'utérus.

E. NORMES

Les femmes âgées entre 25 et 60 ans constituent la cible de dépistage

1. Niveau COMMUNAUTAIRE

Tableau1. Normes du niveau communautaire

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Case de santé • Site communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs Communautaires de Santé : • Acteur Communautaire de Promotion et de Prévention (BG,relais, PMT..). • Acteurs Communautaires de soins : ACs, Matrones • DSDom, • Société civile : ASC , Leader religieux et coutumiers, les chefs de quartier, les communicateurs traditionnels, les GPF 	<ul style="list-style-type: none"> • Supports de communication • (Affiches, flyers, cartes cTonseil ; boite à image, dépliants, vidéo...) • Réseaux sociaux ; • Les radios et télé communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités : sensibiliser : C4D (communication pour le développement, moyen de renforcer l'amélioration de la santé), réaliser émissions radio, télé, FB • Orienter la population cible vers les structures de santé pour se faire dépister et se faire vacciner • faire des mobilisations communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de collecte de données : • cahier de visite A Domicile Intégrée (VADI), fiche de causerie... • Registre IEC

2. Niveau POSTE DE SANTE

Tableau2. normes du poste de santé

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Salles d'examen (consultation PF, CPN, gynécologique, CPC) 	<ul style="list-style-type: none"> • SFE • IDE • AIE • Aide- infirmier • Matrone, ACS, Dépositaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Spéculum vaginal • Acide acétique 3 à 5% • Lampe baladeuse ou frontale • Loupe • Table gynécologique + étrier • Coton • Porte coton • Pinces à badigeonner • Gants • Solution chlorée à 0,5% • Poubelle à pédale munie de sachet • Autoclave • Test viral HPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Paquet de service au niveau communautaire + • IVA • Test HPV si disponible • Supervision des activités des ACS et ACPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre de consultation pour le dépistage • Registre CPC, PF CPN • Fiche de référence et contre référence • Formulaire de compte rendu des résultats • Fiche de rapport mensuel à intégrer dans le rapport global de zone et le DHIS2 • Registre de dépistage • Carte de RV

3. Niveau CENTRE DE SANTE

Tableau3.

normes du centre de santé

Infrastructures	Ressources Humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Salles d'examen (Consultation PF, CPN, gynécologique, CPC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gynécologues • Médecin généraliste / compétent SOU • Sage-femme d'état • Infirmier d'état • Assistant infirmier • Technicien supérieur • Biologiste • Assistant social 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement Poste de santé + • Colposcope • Appareil de cryothérapie • Appareil de thermo coagulation • Bonbonne d'azote • Flacon de formol • Manodétenteur • Générateur de bistouri électrique • Boîtes (pinces à biopsie, pince à col, pinces à badigeonner) • Anses diathermiques • Autoclave 	<ul style="list-style-type: none"> • Paquets de service poste de santé + • FCV • Colposcopie / biopsie • Cryothérapie • Thermo coagulation • ECAD (Electroconisation) à l'anse diathermique • ERAD (Résection à l'anse diathermique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de collecte du Poste de Santé • Supports de Communication • Formulaire de compte rendu des résultats (FCV, colposcopie, cryothérapie, thermo coagulation, résection) • Bulletin de demande • Registre de consultation dépistage (voir annexe)

4. Niveaux EPS1 et EPS2

Tableau4. normes des EPS 1 et EPS2

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Service de gynécologie obstétrique • Service de médecine interne • Service de chirurgie générale • Laboratoire • Service d'anatomopathologie • Service informatique • Service social • Unité de psychiatrie • Service d'imagerie médicale • Unité d'oncologie • Pharmacie 	<ul style="list-style-type: none"> • Gynécologue-obstétricien • Médecin interniste • Chirurgiens • Anatomopathologistes • Anesthésistes • Biologiste SFE • IDE • Assistant infirmier • Techniciens en anatomopathologie • Anatomopathologiste • biologistes • Technicien supérieur de laboratoire • Oncologues • Travailleur Social • Assistant social • Radiologue • Psychologue • Pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • matériel et équipement du centre de santé + aspirateur • Générateur de bistouri électrique • Curette endocervicale • Anses diathermiques • Boites de chirurgie gynécologique (voie haute et voie basse) • Cœlioscopie • Autoclave • laboratoire d'anatomie pathologique équipé 	<ul style="list-style-type: none"> • FCV • Test HPV • IVA/IVL • Colposcopie (biopsie) • Cryothérapie • ECAD (Électronication) • ERAD (électro résection) • Hystérectomie simple • Chimiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de compte rendu des résultats (FCV, colposcopie, cryothérapie, • Thermo coagulation, résection, bulletin d'examen anapath) • Compte rendu anapath • Protocole opératoire • Registre de consultation pour le dépistage (voir annexe) • Fiche de référence et de contre référence • Fiche de rapport mensuel (à intégrer dans le rapport global de zone et le DHIS2

5. Niveau EPS 3

Tableau5. normes des EPS 3

Infrastruc-tures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Service d'oncologie • Service de gynécologie • Service de médecine interne • Service de chirurgie générale • Service d'anatomopathologie • Service d'imagerie médicale • Laboratoire • Service informatique • Service social • Unité de psychiatrie • Service d'imagerie médicale • Pharmacie 	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologues • Psycho-oncologues • Chimiothérapeutes • Radiothérapeutes • Gynécologues • Médecin interne • Chirurgiens • Anatomopathologistes • Anesthésistes • Virologues • Physiciens • Infirmiers • SFE • Techniciens en anatomopathologie • Biogiste • Technicien supérieur de labo • Radiologues • Hématologue • Personnel auxiliaire • Travailleur social • Assistant social • TS en Radiologie • Psychologue • Pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • Spéculum vaginal stérile • Speculum de KOGAN • Acide acétique 3 à 5% • Lampe baladeuse ou frontale • Table gynécologique + étrier • Loupe • Coton • Porte coton • Gants • Solution chlorée à 0,5% • Poubelle à pédale munie de sachets • Colposcope • Appareil de cryothérapie ou de thermo coagulation • Bonbonne de CO₂ ou d'azote • Matériel de radiothérapie • Molécules pour la chimiothérapie • Médicaments pour les soins palliatifs • Flacon de formol • Manodétenteur • Générateur de bistouri électrique • Aspirateur • Boîtes gynécologiques (pinces à biopsie, pinces à col, pinces à badigeonner) • Curette endocervicale • Anses diathermiques • Boîtes de chirurgie gynécologique (voie haute et voie basse) • Boîte de chirurgie pour CHL • Cœlioscopie • Aspirateur • Autoclave • Laboratoire d'anatomie pathologique équipé 	<ul style="list-style-type: none"> • Test HPV • IVA/ • Colposcopie (biopsie) • Cryothérapie • ECAD (Electroconisation à l'anse diathermique) • ERAD (électro résection à l'anse diathermique) • Hystérectomie simple/CHL • Chimiothérapie • Radiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers de malade • Formulaire de compte rendu des résultats (colposcopie, cryothérapie ou thermo coagulation, résection,) • Protocole opératoire • Bulletin et compte rendu d'examen anatomo-pathologie • Registre de consultation pour le dépistage (voir annexe) • Fiche de référence et de contre référence • Fiche de rapport mensuel (à intégrer dans le rapport global de zone et dans le DHIS2)

F. PROTOCOLES

1. Tests de dépistage recommandés

Les tests de dépistage recommandés au Sénégal sont :

- L'inspection visuelle à l'acide acétique
- Le frottis
- Le test viral VPH

2. Cible

Le dépistage cible les femmes âgées entre 25 et 69 ans. Cette cible représente 27,91 % de la population soit 5 252 159 femmes.

3. Périodicité

- 25-49 ans : Inspection visuelle à l'acide acétique tous les 03 ans
- 25-69 ans : Frottis tous les 03 ans
- 30-69 ans : test viral VPH tous les 05 ans

● Pour les PVVIH

4. Catégorie de prestataire de santé pouvant réaliser un dépistage de qualité

Avec un renforcement de capacités, tout agent de santé pouvant réaliser un examen au spéculum peut effectuer les différents tests de dépistage. Ils peuvent donc être réalisés par des médecins, des sages-femmes, des infirmiers...

5. Préparation du dépistage

● Accueil de la cliente

Quel que soit le motif de consultation, il faut :

- Bien accueillir la cliente
- Faire un bon counseling
- Recueillir son consentement

● Interrogatoire de la cliente

- Nom, prénom, âge, adresse, téléphone, statut matrimonial, profession,
- Demander le motif de la consultation
- Faire le counseling et recueillir le consentement éclairé de la cliente
- Rechercher des antécédents : familiaux, gynéco obstétricaux (Gestité- parité), médicaux, chirurgicaux (intervention sur l'appareil génital), notion de vaccination HPV, de dépistage antérieur, notion de traitement antérieur sur le col, et d'infection à VIH ;

● Demander la date des dernières règles

- Rechercher de certains cofacteurs (multi partenariat sexuel, IST, âge du premier rapport sexuel, âge de la première grossesse, Tabagisme, consommation d'alcool, et d'encens, utilisation d'une contraception orale).

● Examen de la cliente

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Respecter les règles de prévention et de contrôle des infections ;
- Expliquer le déroulement de l'examen.

6. Dépistage proprement dite

Après avoir expliqué le déroulement de l'examen, le prestataire de santé doit :

- Installer la patiente après lui avoir demandé de vider la vessie ;
- Inspecter la vulve ;
- Faire l'examen au spéculum :
- Introduire délicatement le spéculum dans le vagin ;
- Inspecter le col et les parois vaginales ;
- Faire l'IVA : (annexe fiche technique), les autres tests aussi ?
- Retirer le spéculum ;
- Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal
- Faire l'examen des seins et des autres appareils.

7. Résultats

7.1. IVA

Tableau6. *Résultats IVA et interprétations cliniques*

Résultats IVA	Interprétations cliniques
Test négatif (-)	-Pas de lésions acidophiles ou lésions légèrement acidophiles
IVA négative	-polype, cervicite, inflammation, kystes de Naboth, etc
Test positif (+)	-Zones blanches d'apparition rapide, précises, distinctes, bien définies, denses, dans la zone de transformation ou adossée à la jonction.
IVA positive	-Leucoplasie, verrues, etc
Suspicion de cancer invasif	Lésions bourgeonnantes, ulcérées ou ulcéro-bourgeonnantes visibles, saignant ou suintant au contact.

7.2. Test viral VPH

Tableau7. *Résultats VPH et interprétations cliniques*

Résultats test viral VPH	Interprétations cliniques
Test VPH négatif (-)	Aucune infection par des types de HPV à haut risque n'a été détectée ;
Test positif (+)	Présence d'un ou de plusieurs types de HPV à haut risque augmentant le risque de changement précancéreux ou de cancer du col de l'utérus
Suspicion de cancer invasif	Lésions bourgeonnantes, ulcérées ou ulcéro-bourgeonnantes visibles, saignant ou suintant au contact.

7.3. Frottis Cervico-Utérin (FCU)

Tableau8. Classification des anomalies au FCU

	Interprétation des anomalies des cellules épithéliales		
	Classification de Bethesda (frottis)	Classification OMS	Classification de Rischart (histologie)
Cellules malpighiennes	<ul style="list-style-type: none"> Lésions de bas grade (ASC-US, LSIL, condylomes) Lésions de haut grade (ASC-H, HSIL) 	<ul style="list-style-type: none"> Dysplasie légère Dysplasie modérée et sévère 	<ul style="list-style-type: none"> CIN1 CIN2 CIN3
Cellules glandulaires	<ul style="list-style-type: none"> Atypies des cellules glandulaires Adénocarcinome in situ 		

8. Conduite à tenir

8.1. Niveau communautaire

Les agents de santé communautaires jouent un rôle essentiel dans la prévention en augmentant le recours à la vaccination et au dépistage pour les personnes susceptibles d'en bénéficier. Ils sont chargés de :

- Sensibiliser la communauté à travers les causeries, mobilisations sociales, VADI, les entretiens individuels sur :
 - La vaccination HPV des filles âgées entre 09 et 14 ans ;
 - L'intérêt du dépistage des lésions précancéreuses chez les femmes de 25 à 69 ans et leur traitement ;
 - La prévention des IST ;
 - Les facteurs favorisants : infection au virus du papillome humain (VPH), activité sexuelle précoce, accouchements multiples, infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), antécédents d'IST, mariage et grossesse précoces, multi partenariat, infections génitales chroniques, tabagisme, absence de dépistage...
 - Les premiers signes au stade avancé : saignement vaginal en dehors des règles, saignement après les rapports sexuels ou la toilette intime, écoulement liquide abondant plus ou moins fétide, douleurs pelviennes
- Orienter la population cible sur :
 - Vaccination : vaccin Gardasil quadrivalent disponible dans le PEV, avec comme cible les filles âgées entre 09 et 14 ans en 02 injections espacées d'au minimum 06 mois.
 - Dépistage à partir de 25 ans tous les 3 à 5 ans
 - Orienter au poste de santé dès que la femme signale la présence d'un des signes cités plus haut.

8.2. Niveaux PS, CS, EPS 1,2 et 3

► TEST IVA

Niveau	Conduite à tenir
Poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Si IVA négative : • Communiquer le résultat à la cliente, • Rassurer la cliente • Lui donner rendez-vous dans 03 ans • Remplir la carte de rendez-vous • Si IVA Positive • Communiquer le résultat à la patiente • La rassurer • La référer au Centre de santé
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Toute cliente référée par le PS doit bénéficier d'un nouveau test IVA • Si IVA négative : • Communiquer le résultat à la cliente, • Rassurer la cliente • Lui donner rendez-vous dans 03 ans avec une carte de rendez-vous • Si polype, cervicite, inflammation, kystes de Naboth, etc : PV- ECBU + /- traitement anti-infectieux. • Si IVA Positive • Communiquer le résultat à la patiente • La rassurer • SI IVA éligible à la cryothérapie ou à la thermoablation : • Faire le traitement par thermo-ablation ou cryothérapie • SI IVA non éligible à la cryothérapie ou à la thermoablation • Référer la cliente au gynécologue pour une colposcopie +biopsie • Si anomalie à la colposcopie ou zone de jonction non visible : biopsie et/ou curetage endocervical ou ERAD ou ECAD ou FCV (cf. fiche technique colposcopie) • Si suspicion de cancer invasif • Référer vers un gynécologue ou un oncologue pour biopsie (Cf. fiche technique biopsie) • Refaire IVA +biopsie : Si normale Faire investigations et traitement approprié. • Si confirmation du cancer traiter ou référer au centre d'oncologie
EPS 1, 2	Idem niveau centre de santé
EPS 3	<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion de cancer invasif : • Vérifier la certitude du diagnostic ; • Demander un bilan d'extension ; • Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ; • Prise de décision à la carte ; • Mettre en route le traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support, thérapie ciblée, psychosociale...) ; • Surveillance de la patiente et des traitements.

► TEST HPV VIRAL

Niveau	Conduite à tenir
Poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Si HPV négative : • Communiquer le résultat à la cliente, • Rassurer la cliente • Donner rendez-vous dans 05 ans, ou dans 03 ans si HIV+ • Remplir la carte de rendez-vous • Si HPV Positive • Communiquer le résultat à la cliente • Rassurer • Référer au Centre de santé
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Si HPV négative : • Communiquer le résultat à la cliente, • Rassurer la cliente • Donner rendez-vous dans 05 ans, ou dans 03 ans si HIV+ • Remplir la carte de rendez-vous • Si polype, cervicite, inflammation, kystes de Naboth, etc : PV- ECBU + /- traitement anti-infectieux. • Si HPV Positive avec présence de HPV à haut risque (16, 18, 31,33, 3545, 51, 52, 58...) • Communiquer le résultat à la patiente • Rassurer la cliente • Expliquer les étapes qui suivent • Faire l'IVA • Si l'IVA négative (-)
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance (Rythme ?) • Reprise test HPV dans 02 ans ou dans 01 an si HIV+ • SI IVA éligible à la cryothérapie ou à la thermoablation : • Faire le traitement par thermo-ablation ou cryothérapie • Revoir la cliente pour un rendez-vous de suivi thérapeutique au bout de 1 mois + • Refaire le test HPV au bout d'1 an pour vérifier l'élimination du virus • SI IVA non éligible à la cryothérapie ou à la thermoablation • Référer la cliente au gynécologue pour une colposcopie +biopsie • Si anomalie à la colposcopie ou zone de jonction non visible : biopsie et/ou curetage endocervical ou ERAD ou ECAD ou FCV (cf. fiche technique colposcopie) • Si suspicion de cancer invasif • Référer vers un gynécologue ou un oncologue pour biopsie (Cf. fiche technique biopsie) • Refaire IVA +biopsie : Si normale Faire investigations et traitement approprié. • Si confirmation du cancer traiter ou référer au centre d'oncologie
EPS 1, 2	<ul style="list-style-type: none"> • Idem niveau centre de santé

Niveau	Conduite à tenir
EPS 3	<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion de cancer invasif : • Vérifier la certitude du diagnostic ; • Demander un bilan d'extension ; • Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ; • Prise de décision à la carte ; • Mettre en route le traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support, thérapie ciblée, psychosociale...) ; • Surveillance de la patiente et des traitements.

► FCU

Pour le frottis :

- Pour les cellules malpighiennes :
 - Si lésions de bas grade (ASC-US, LSIL) ou dysplasie légère ou CIN1 : orienter vers le gynécologue ou l'oncologue pour une colposcopie
 - Si lésion de haut grade (AQC-H, HSIL) ou dysplasie modérée à sévère ou CIN2 et CIN3 : orienter vers le gynécologue ou l'oncologue pour une colposcopie.
- Si lésions glandulaires :
 - Si atypie des cellules glandulaires : orienter vers le gynécologue ou l'oncologue pour une colposcopie
 - Si adénocarcinome : orienter vers le gynécologue ou l'oncologue pour une colposcopie, un curetage endocervical, une biopsie ?

► COLPOSCOPIE

Elle permet de confirmer ou d'informer l'existence d'une lésion du col, suspectée par le frottis cervico-utérin, le test HPV, l'IVA ou par l'examen clinique. Lorsqu'on suspecte une lésion, la colposcopie permet d'orienter le gynécologue afin d'effectuer une biopsie à l'endroit le plus suspect.

● Classification, interprétation résultats colposcopie et conduite à tenir

Classification	Interprétations cliniques	Conduite à tenir
<ul style="list-style-type: none"> • Transformation atypique de grade 1 (TAG 1) ou • Transformation mineure 	Acidophilie peu marquée au niveau de la zone de transformation sans aucun signe de gravité	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance par IVA, FCU • Test HPV, • rythme de surveillance
<ul style="list-style-type: none"> • Transformation atypique de grade 2 (TAG 2) ou • Transformation majeure 	Aspects d'acidophilie marquée au niveau de la zone de transformation avec ou sans de zone de jonction visible, des signes éventuels de gravité (orifices glandulaires) mais sans aspects évocateurs de cancer invasif	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie et/ou curetage endocervical ou ERAD ou ECAD • Conisation
• Suspicion de cancer invasif ou micro-invasif	Vaisseaux atypiques, exulcération, nécrose, proliférations irrégulières exophytiques	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie • Conisation • Référer (Institut, EPS 2 et EPS 3)

► **Histologie après une biopsie sous colposcopie**

- **Si normal ou CIN1** : contrôler à 06 mois, 01 an ou 02 ans avec un test viral HPV, ou un FCU
- **Si CIN2** : rechercher les biomarqueurs comme la P16, la Ki-67, ou faire une conisation (ERAD ou ECAD)
- **Si carcinome in situ ou micro-invasif** : conisation diagnostique
- **Si Cancer invasif** :
 - Demander un bilan d'extension ;
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour définir la stratégie thérapeutique;
 - Prise de décision à la carte ;
 - Mettre en route le traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support, thérapie ciblée, psychosociale...) ;
 - Surveillance de la patiente et des traitements.

8.3. Situations particulières

● **Chez la femme enceinte**

Chez la femme enceinte pour qui l'IVA est recommandée au premier trimestre, s'il s'avère anormal ou si l'examen au spéculum révèle la présence d'une lésion, il ne faut pas traiter les lésions précancéreuses. Il sera demandé à la femme de revenir **12 semaines après l'accouchement**. Cependant, s'il y'a la moindre suspicion d'un cancer invasif, il faut adresser la cliente immédiatement à un spécialiste.

Chez la femme enceinte pour qui l'IVA est recommandée au premier trimestre, si le test est positif et qu'on suspecte :

- En cas de cancer micro-invasif :
 - Faire éventuellement une colposcopie et une biopsie et
 - Réaliser une conisation suivie d'un cerclage en cas de cancer micro invasif.
- Dans les autres cas (CIN1, CIN2, CIN3)
 - Faire un autre contrôle 3 mois après l'accouchement. Cependant une surveillance tous les mois est recommandée.

► **Un cancer invasif faire la biopsie (Cf. fiche technique biopsie à élaborer)**

● **Chez la femme vivant avec le VIH**

Les femmes vivant avec le VIH sont six fois plus exposées au risque de cancer du col de l'utérus et sont susceptibles de le développer à un âge plus précoce que les femmes non infectées. Pour elles, l'IVA et le FCU se feront tous les ans.

Le test HPV viral est recommandé à partir de 25 ans et se fera tous les 03 ans.

Le protocole de PEC est le même que celui d'une personne séronégative.

G. ALGORITHMES (Cf. annexe)



DETECTION PRECOCE DU CANCER DU SEIN

IV. DETECTION PRECOCE DU CANCER DU SEIN

A. Généralités

1. Définition

Le cancer du sein est l'ensemble des néoformations malignes primitives développées aux dépens des différents constituants du sein.

2. Épidémiologie

Le cancer du sein est le 1^{er} cancer en terme d'incidence, et 4^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme. Il représente 11,5% de tous les cas de cancer. Selon l'OMS, en 2022, **2 296 840** cas de cancer du sein ont été enregistrés avec **666 103** décès par cancer du sein dans le monde, ce qui en fait une priorité de santé publique. Si les tendances actuelles se poursuivent, la charge de morbidité et de mortalité du cancer du sein devrait passer à 3,36 millions de nouveaux cas et 1,06 millions de décès d'ici à 2045 (**Cancer Tomorrow | IARC** - <https://gco.iarc.who.int> **Data version:** Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024 All Rights Reserved 2024)

La plupart des cas et décès par cancer du sein sont recensés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en raison du retard diagnostic et de l'inaccessibilité à certains traitements. Il s'y ajoute un manque de sensibilisation sur les avantages de la détection précoce et des traitements efficaces.

En Afrique subsaharienne, la moitié des décès par cancer du sein surviennent chez les femmes de moins de 50 ans.

Au Sénégal, selon les estimations du GLOBOCAN 2022, 1838 cas de cancer du sein ont été répertoriés et 976 cas de décès, ce qui représente 12% des décès par cancer. Cette mortalité élevée doit motiver le renforcement du système de santé à travers des stratégies pérennes, rentables et équitables de détection précoce et de traitement du cancer du sein.

3. Facteurs de risque des cancers du sein

Le cancer du sein est une maladie d'origine multifactorielle. Les facteurs de risque retrouvés sont principalement liés aux hormones :

- la durée d'exposition hormonale avec l'âge précoce de la puberté (< 12 ans) et l'âge tardif de la ménopause (> 55 ans) ;
- l'âge tardif de la première grossesse (> 30 ans) et la pauciparité ;
- l'absence d'allaitement ;
- l'utilisation de traitements hormonaux tels que la contraception œstroprogesterative et le traitement hormonal substitutif de la ménopause.

Pour les facteurs génétiques, les gènes *BRCA1* et *BRCA2* sont impliqués dans 5 à 10 % des cancers du sein.

Les patientes ayant les antécédents suivants sont considérées comme étant à haut risque de cancer du sein et doivent faire l'objet d'une surveillance particulière :

- antécédent personnel de cancer du sein ;
- antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose (antécédent d'irradiation pour maladie de Hodgkin) ;
- forme familiale avérée et en absence de « mutation » identifiée chez le cas index ;

- antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ.

Le cancer du sein constitue une priorité de santé publique mondiale en raison de son incidence élevée et de sa mortalité, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

4. Anatomie du sein

Le sein est un organe pair et globuleux situé en haut de la paroi antérolatérale du thorax en avant du muscle grand pectoral. Sa base s'étend du bord inférieur de la deuxième côte jusqu'au sixième cartilage costal et transversalement, du bord externe du sternum à la ligne axillaire antérieure.

Le sein est un cône à base thoracique dont le sommet est la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) composée de l'aréole entourant le mamelon (figure 9).

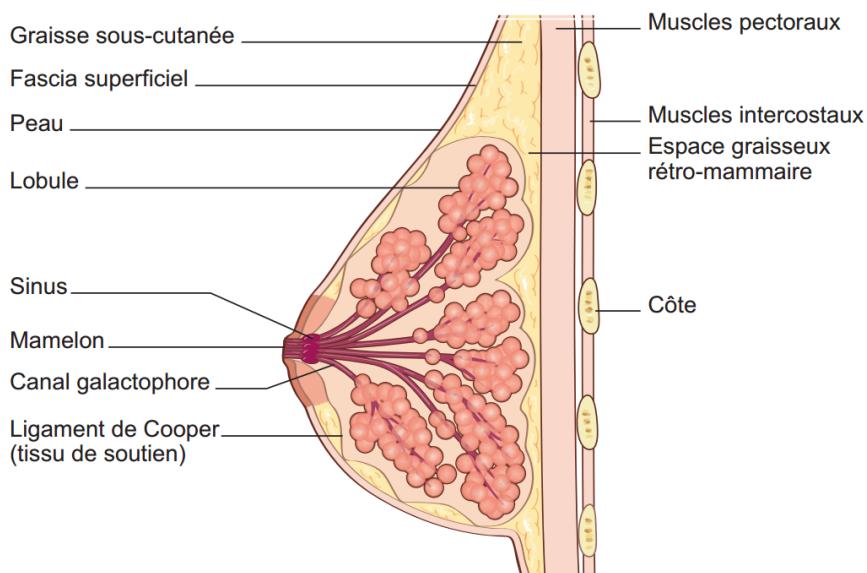


Figure10. Coupe parasagittale du sein passant par le mamelon

Chez la jeune fille, le sein présente une forme semi-ovoïde. Sous l'influence de son propre poids, dans la station debout, elle tend à tomber légèrement, et ainsi se constitue entre la moitié inférieure de l'organe et la paroi thoracique, un sillon infra-mammaire plus ou moins profond.

En dehors d'un état gestatif, les seins mesurent 10 à 11 cm de longueur sur 12 à 13 cm de largeur. Sous l'influence de la grossesse, elles augmentent de volume. Durant l'allaitement, ils peuvent doubler voire tripler de volume. Ce volume se réduit progressivement à la ménopause.

La surface extérieure du sein présente trois zones à savoir :

- La zone périphérique : cette zone est lisse, souple et douce au toucher.
- La zone moyenne : il s'agit de l'aréole, annulaire et pigmentée, son diamètre varie de 4 à 5cm et entoure le mamelon. Sur l'aréole on note la présence de certaines saillies : il s'agit des tubercules de MORGANI, ce sont des glandes sébacées, qui, pendant la grossesse, augmentent de volume et prennent le nom de tubercules de MONTGOMERY.
- La zone centrale : occupée par une saillie de forme cylindrique ou conique : c'est le mamelon, il se dresse au centre de l'aréole ; parfois irrégulier, rugueux ou crevassé, sa pigmentation est semblable à celle de l'aréole.

Le sein est parcouru par une multitude de vaisseaux sanguins. Quant au drainage lymphatique, le sein est divisé en 4 cadrants, 2 externes et 2 internes. Les cadrants externes sont drainés vers l'artère thoracique externe, le creux axillaire et le ganglion sus claviculaire. Les cadrants internes sont drainés sous le sternum par le ganglion intra thoracique puis le relais sus claviculaire.

5. Examen Clinique

5.1. Circonstances de découverte

► Au cours d'une autopalpation ou d'un examen par le prestataire de santé :

- masse mammaire ou d'une adénopathie axillaire (ganglion axillaire augmenté de volume et/ou de consistance dure) ;
- modification de la peau du sein ou du mamelon : rétraction, déviation ou invagination du mamelon, «peau d'orange», lésion croûteuse ;
- augmentation du volume du sein avec un œdème, une rougeur et une chaleur locale importante, pouvant être le signe d'un cancer du sein inflammatoire.



Figure11. Examen clinique des seins

► **par la survenue de symptômes**

- douleur, écoulement sanglant du mamelon, ulcération cutanée ;
- dans les formes évoluées : signes de métastases (douleurs osseuses, dyspnée, toux, nausées, anorexie, amaigrissement, céphalées) ;

► ***lors d'un examen de dépistage par une mammographie avec des images suspectes***

► ***A la suite d'une chirurgie pour une tumeur qualifiée de bénigne***

Les signes de cancer du sein au début sont frustres et marqués par l'absence de douleur.

5.2. L'interrogatoire

L'interrogatoire recherchera :

- les facteurs de risque de cancer du sein ;
- le contexte de découverte : mammographie de dépistage, autopalpation, examen clinique systématique, symptômes ;
- autres signes : douleur, écoulement mamelonnaire, en particulier unipore sanglant, signes inflammatoires, signes généraux (altération de l'état général, symptômes d'origine osseuse ou viscérale),

5.3. Examen des seins (bilatéral et comparatif)

Il comporte l'inspection et la palpation des seins en position debout, puis couchée. Il peut être strictement normal lorsque la tumeur est de petite taille et/ou le volume mammaire important (tumeurs découvertes par l'imagerie dans le cadre du dépistage). Sinon, il précise les caractéristiques de la tumeur mammaire.

► ***L'inspection recherche***

- une augmentation du volume mammaire ou une ascension du sein ;
- l'existence ou non de signes cutanés :
- une inflammation : placard érythémateux avec chaleur locale voire douleur et œdème cutané donnant un aspect de « peau d'orange » ;
- une ulcération cutanée évoluant depuis plusieurs mois ;
- un bombement dans un quadrant ;
- une rétraction de la peau ou de la plaque aréolo-mamelonnaire, examen réalisé les bras pendants puis relevés ;
- un aspect de maladie de Paget au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire.

► ***La palpation* est effectuée mains à plat, par une pression douce et des mouvements rotatifs faisant rouler la glande sur le gril costal, et évalue la masse en fonction de :**

- la localisation (horaire et distance masse et mamelon) ;
- la taille (en mm) ;
- la consistance et la sensibilité ;
- la netteté des contours ;
- la mobilité par rapport à la peau et au plan profond ;
- la pression mamelonnaire à la recherche d'un écoulement.

5.4. Examen des aires ganglionnaires

Il étudie :

- les aires axillaires et sus-claviculaires (examen bilatéral et comparatif) ;
- les signes d'envahissement, appréciés sur le volume, la consistance et la mobilité des adénopathies.

Un schéma daté doit être réalisé pour noter les résultats de l'examen clinique.
(Inserer image)

6. Examens paracliniques

6.1. Echographie mammaire et axillaire

Elle peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle. Elle présente un grand intérêt pour les femmes jeune de moins de 25 ans ayant des seins denses.

Devant une masse, l'échographie permet de préciser :

- sa forme et ses contours;
- sa taille (en mm);
- sa localisation ;
- l'axe par rapport au plan cutané;
- le respect ou non des structures périphériques.

L'échographie permet de guider les prélèvements (biopsies, cytoponctions), et de rechercher des adénopathies suspectes.

6.2. Mammographie

C'est l'examen réalisé à partir de 40 ans ou devant toute anomalie mammaire suspecte de malignité (Cf. 2.3). Elle est souvent couplée avec une échographie.

La mammographie permet de préciser :

- le type d'anomalie : masse, distorsion, asymétrie de densité ou foyer de microcalcifications ;
- la localisation, la taille et les caractéristiques de l'anomalie.

On utilise le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR) pour classer les images mammographiques en 6 catégories.

- ACR 0 : classification d'attente, quand des investigations complémentaires sont nécessaires
- ACR 1 : mammographie normale
- ACR 2 : anomalies bénignes qui ne nécessitent ni surveillance ni examen complémentaire
- ACR 3 : anomalie probablement bénigne
- ACR 4 : anomalie indéterminée ou suspecte
- ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer
- ACR 6 : Lésions dont la malignité est prouvée

En cas d'images ACR 4 ou ACR 5, des prélèvements par biopsie percutanée sont obligatoires.

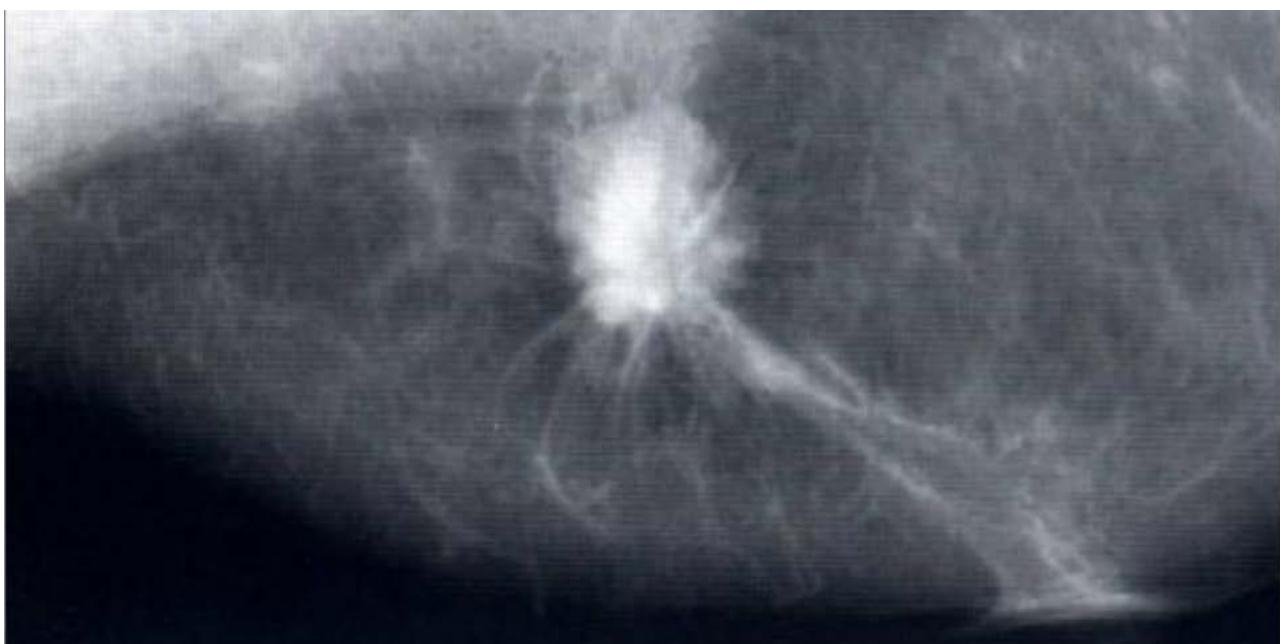


Figure12. Image mammographique

Parfois, on peut faire recours à l'angiomammographie qui est une technique de mammographie numérique avec injection d'un produit de contraste iodé, qui permet de cibler les lésions mammaires suspectes ou indéterminées.

6.3. IRM mammaire

Il s'agit d'un examen de deuxième intention, très sensible ($> 90\%$) mais peu spécifique (60 %). Les indications validées de l'IRM mammaire sont : le dépistage des patientes à haut risque de cancer du sein et le bilan pré-thérapeutique de certains cancers du sein.

6.4. Diagnostic histologique

a. Prélèvements biopsiques percutanés (cf fiche technique)

Les images radiologiques classées ACR 4 ou 5 doivent faire l'objet d'une biopsie pour analyse histologique. La biopsie permet de confirmer le diagnostic histologique de cancer invasif ou *in situ*, de lésions à risque ou de lésions bénignes. Elle est indispensable pour les lésions suspectes d'être un cancer avant la décision thérapeutique.

Il existe trois types de biopsies :

- la microbiopsie ;
- la macrobiopsie sous échographie ou sous stéréotaxie ;
- les biopsies cutanées pour les lésions cutanées évocatrices de maladie de Paget ou de cancer avec atteinte cutanée.

b. Prélèvements cytologiques (cf. fiche technique cytoponction)

Lorsqu'elle est réalisée au niveau mammaire, la cytologie pourra répondre à l'existence ou non de cellules malignes. Une cytoponction doit être réalisée systématiquement devant une suspicion d'atteinte ganglionnaire lors de l'échographie axillaire.

Pour les volumineuses tumeurs où la microbiopsie est réalisable, la cytologie n'est pas conseillée.



Figure13. CHRT

6.5. Bilan d'extension

Il permet de rechercher des métastases à distance. Les localisations les plus fréquentes sont les poumons, le foie et l'os. Une exploration cérébrale n'est demandée qu'en cas de signes d'appels cliniques.

A la suite du bilan d'extension, la classification TNM permettra de classer les cancers du sein selon la taille de la tumeur, l'envahissement ganglionnaire et/ou la présence de métastases (Annexe...).

7. Modalités de prise en charge

La prise en charge des cancers du sein doit être pluridisciplinaire et a pour objectif d'obtenir une rémission complète et prolongée.

Les modalités de prise en charge comportent :

- La chirurgie mammaire et éventuellement ganglionnaire pour les cancers non métastatiques ;
- La chimothérapie néoadjuvante ou adjuvante ;
- La radiothérapie, obligatoire en cas de traitement conservateur ;
- Thérapie ciblée ;
- L'hormonothérapie ;
- L'immunothérapie ;
- Les soins palliatifs et accompagnement.

8. Prévention

La prévention du cancer du sein repose sur une approche holistique combinant l'éducation, un mode de vie sains, un dépistage régulier et une prise en charge proactive des risques.

La collaboration entre les individus et les professionnels de la santé est essentielle pour maximiser l'efficacité de ces mesures.

8.1. Information, éducation, communication (IEC)

C'est une étape cruciale dans la prévention. Elle permet de :

- Informer le public sur les facteurs de risque associés au cancer du sein tels que l'âge, les antécédents familiaux, et les choix de mode de vis
- Expliquer l'importance du dépistage régulier
- Fournir des informations sur les symptômes possibles : sensation de nodule, sein avec asymétrie récente, modification de la peau (rougeur, aspect de peau d'orange, fossette, ride, ulcération), ganglion axillaire, douleur mammaire fixe, refus de téter un sein, anomalie récente d'autopalpation, écoulement mamelonnaire
- Développer des programmes dans les écoles, les universités, les structures sanitaire pour sensibiliser sur la santé des seins et la prévention du cancer
- Organiser des campagnes médiatiques pour toucher un large public en utilisant les médias Pour promouvoir le dépistage et l'éducation
- D'apporter un soutien psychologique pour les personnes touchées

8.2. Le dépistage

Selon la politique en vigueur, on distingue :

► **Le dépistage sur prescription individuelle (DPI)**

La mammographie est prescrite par un prestataire, après un examen clinique chez une femme asymptomatique appartenant à la cible afin de détecter un cancer de petite taille.

Le DPI découle d'une volonté propre ou d'une incitation communautaire.

► **Le dépistage personnalisé**

Il concerne les sujets à haut risque de cancer et doit être réalisé 5 ans avant l'âge d'apparition du premier cancer dans la famille.

► **Le dépistage organisé**

Il consiste à proposer systématiquement une mammographie tous les 2 ans sans examen clinique, à toutes les femmes appartenant à la cible.

B. NORMES DE DETECTION PRECOCE DES CANCERS DU SEIN

La cible de dépistage est toutes les femmes âgées de 25 à 74 ans

1. Niveau COMMUNAUTAIRE

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de soins	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> Case de santé Site communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> Acteurs Communautaires de Santé ACS : Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention ACPP (BG, relais) Acteurs Communautaires de soins : ACs, Matrones DSDom, Leaders religieux, PMT. 	<ul style="list-style-type: none"> Supports de communication (Affiches, flyers, carte à image, dépliants, vidéo...) 	<ul style="list-style-type: none"> C4D (communication pour le développement, moyen de renforcer l'amélioration de la santé) Activités de sensibilisation (mobilisation sociale, causeries, VADI, entretien individuel...) Promotion de l'autopalpation des seins Orientation des cas 	<ul style="list-style-type: none"> Cahiers de Visite à Domicile intégrée (VADI) Cahier de l'ACPP Registre IEC Fiches de référence Rapport d'activités Cahier de consultation

2. Niveau POSTE DE SANTE

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de soins	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> Salle de causerie / Salle d'attente Salle de consultation (PF, CPN, CPoN consultation générale) 	<ul style="list-style-type: none"> Sage-femme Infirmier d'Etat Assistant infirmier ACPP <ul style="list-style-type: none"> Sage-femme Infirmier d'Etat Assistant infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> -Supports de communication (Affiches, flyers, carte à image, dépliants, téléviseur, vidéo...) Table d'examen Lampe baladeuse/ frontale Consommables : gants d'examen Supports de communication (Affiches, flyers, carte à image, dépliants) 	<ul style="list-style-type: none"> -IEC/CCC Examen mammaire Promotion de l'apprentissage de l'autoexamen des seins Référence des cas IEC 	<ul style="list-style-type: none"> Registre de communication Feuille de présence Registres (dépistage du cancer PF, CPN, CPoN consultation générale) Tacajo Rapport global de zone DHIS2

3. Niveau CENTRE DE SANTE

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de soins	Outils de collecte
• Salle de causerie	<ul style="list-style-type: none"> • ACPP SFE • IDE • AI Médecin • Gynécologue / Compétent SOU 	<ul style="list-style-type: none"> • Supports de communication (Affiches, flyers, carte à image, dépliants, téléviseur, vidéo...) 	<ul style="list-style-type: none"> • IEC/CCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre de communication • Feuille de présence
<ul style="list-style-type: none"> • Salle de consultation (PF, CPN, consultation tri, consultation médecin • Service de radiologie • Laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Gynécologue • Médecin compétent SOU, • Médecin généraliste, • SFE, • AI • Technicien supérieur (biologie et radiologie) • Educateur pour la santé • Travailleur social 	<ul style="list-style-type: none"> • Table d'examen • Lampe baladeuse ou frontale • Consommables : gants d'examen Lames, formol, pots de prélèvement, seringue • tru-cut (Pistolet de biopsie, aiguilles) • Appareil d'échographie • Supports de communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen mammaire • Promotion de l'autoexamen des seins • Echographie mammaire • Cytoponction • Biopsie • IEC/CCC • Référence des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres (dépistage du cancer, consultation générale, laboratoire, radiologie) • Tacojo • Rapport global de zone • DHIS2 • Fiche de référence et de contre référence

4. Niveaux EPS 1 et 2

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Service de gynécologie-obstétrique • Autres services de consultation médicale • Biologie • Radiologie • Anatomie-pathologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Gynécologue • Médecin généraliste • Chirurgien • Oncologue • Radiologue • Biologiste • Pathologiste • SFE • IDE et AI • Technicien supérieur (Imagerie, biologie) - • Travailleurs sociaux • Registraire 	<ul style="list-style-type: none"> • Table d'examen avec étrier • Lampe baladeuse/frontal • Consommables : gants d'examen Lames, formol, pot de prélèvement, seringue • Tru-cut (Pistolet de biopsie, aiguilles) • Echographie • Mammographe • Equipement de Laboratoire • Equipement Bloc opératoire • Sonde de radiodétection + bleu patanté 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen mammaire • Promotion de l'autoexamen des seins • Echographie mammaire • Mammographie • Cytoponction • Biopsie • Chirurgie • Bilan d'extension • IEC/CCC • Référence des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers patients • Registres (dépistage du cancer, consultation générale, laboratoire, radiologie) • Tacajo • Rapport global de zone • DHIS2 • Registre du cancer • Fiches de référence et de contre-référence

5. Niveau EPS 3

Infrastructures	Ressources humaines	Equipements et matériels	Paquets de service	Outils de collecte
<ul style="list-style-type: none"> • Services de gynécologie-obstétrique • Service d'oncologie • Autres services de consultation médicale • Radiologie • Biologie • Anatomie pathologique • Pharmacie • Service de génétique 	<ul style="list-style-type: none"> • Gynécologue • Médecin généraliste • Chirurgien • Oncologue • Radiologue • Biologiste • Pathologiste • SFE • IDE et AI • Technicien supérieur (Imagerie, biologie) - • Travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Table d'examen • Lampe baladeuse/frontal • Consommables : gants d'examen Lames, formol, pot de prélèvement, seringue • Tru-cut (Pistolet de biopsie, aiguilles) • Echographie • Mammographe • Equipement de Laboratoire • Equipement Bloc opératoire • Radiologie interventionnelle • Sonde de radiodétection + bleu patanté 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen mammaire • Promotion de l'autoexamen des seins • Echographie mammaire • Mammographie • Cytoponction • Biopsie • Chirurgie • Bilan d'extension • IEC/CCC • Référence des cas • Repérage radiographique • Bilan d'extension (Pet Scan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers patient Registres, • Rapport global de zone • Registre du cancer (REGSEN) • Fiche de référence contre référence

C. Protocoles de détection précoce des cancers du sein

1. Tests de dépistage

Les tests de dépistage recommandés au Sénégal sont :

- Examen clinique des seins
- Mammographie

2. Cible

La détection précoce du cancer du sein cible les femmes âgées entre 25 et 74 ans. En fonction de l'âge, la femme peut bénéficier d'un ou des deux tests disponibles.

Cette tranche d'âge représente 36,75% (Vérification en cours avec l'ANSD) de la population soit 6 915 688 femmes.

Cible 40-79 ans à déterminer.

3. Périodicité

- Femmes âgées entre 25 et 74 ans : examen annuel des seins
- Femmes de 40 ans et plus : Examen annuel des seins + mammographie bi-annuelle

4. Préalables du dépistage

● Accueil de la cliente

Quel que soit le motif de consultation, il faut :

- Bien accueillir la cliente
- Faire un bon counseling
- Recueillir son consentement

● Interrogatoire de la cliente

- Nom, prénom, âge, adresse, téléphone, statut matrimonial, profession,
- Demander le motif de la consultation
- Faire le counseling et recueillir le consentement de la cliente
- Rechercher des antécédents :

► Personnels

- **Gynécologiques** : âge des ménarches, gestité, parité, âge à la première grossesse, et âge de la ménopause, date des dernières règles, notion d'allaitement maternel, prise précoce et prolongée de contraceptifs oraux combinés sans aucune volonté d'espacement de naissances (plus de dix ans), traitement hormonal de la ménopause, antécédent personnel de cancer,
- Chirurgicaux : intervention chirurgicale sur les seins et les résultats anatomo-pathologiques de la pièce,
- Médicaux : notion d'irradiation thoracique,
- Autres : hygiène de vie (sédentarité, alimentation malsaine, activité physique, tabagisme), résultats du dépistage antérieur
- Familiaux : notion de cancer familial

● Expliquer le déroulement de l'examen ;

5. Pratiquer le test de dépistage indiqué

Examen de seins (cf. Fiche technique de l'examen sénologique)



Figure14. Appareil de mammographie

Profiter de tout contact pour faire la détection précoce du patient.

6. Résultats

Trois cas de figure peuvent se présenter :

- Examen normal sans antécédent personnel et/ou familial de cancer sein
- Examen normal avec antécédents personnel et/ou familial de cancer sein
- Examen anormal :

► **À la clinique : est considéré comme examen anormal, toute femme présentant un ou plusieurs des signes suivants :**

- Masse
- Ganglion axillaire,
- Écoulement mammelonnaire
- Modification de la peau (rougeur, aspect de peau d'orange, fossette, ride...),
- Douleur mammaire,

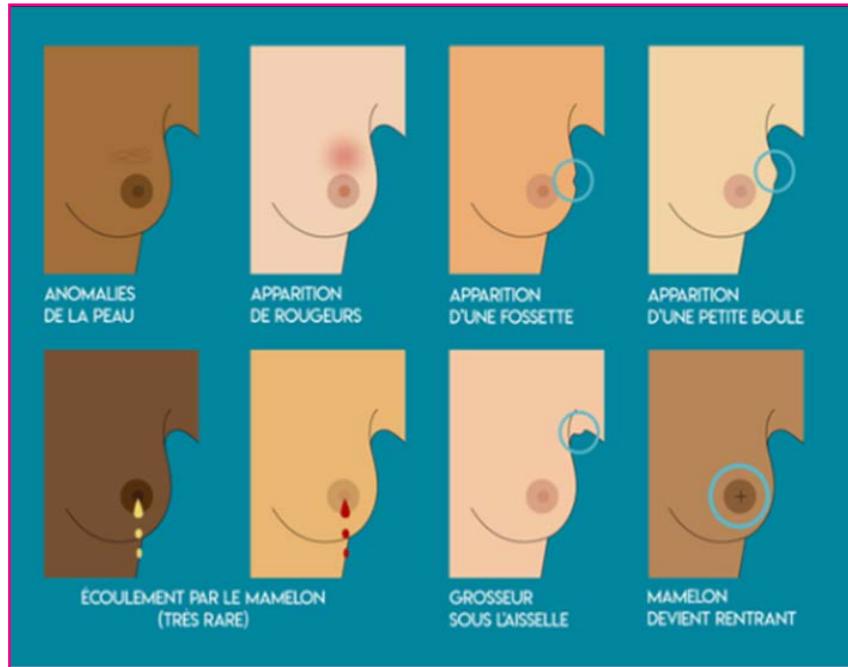


Figure 15. Anomalies à l'examen clinique

D A la mammographie :

- ACR 2 : anomalies bénignes qui ne nécessitent ni surveillance ni examen complémentaire
- ACR 3 : anomalie probablement bénigne
- ACR 4 : anomalie indéterminée ou suspecte
- ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer
- ACR 6 : Lésions dont la malignité est prouvée

7. Conduite à tenir

7.1. Examen normal sans antécédent personnel et/ou familial de cancer sein

Quel que soit le niveau, le prestataire de santé doit :

- Annoncer le résultat en la rassurant sur le caractère normal de l'examen,
- Conseiller l'autopalpation mensuelle des seins,
- Donner RV dans 1an pour un examen des seins (Cf. carte de dépistage)
- Demander une mammographie tous les 2 ans si la cliente à 40 ans ou plus.

7.2. Examen normal avec antécédents personnel et/ou familial de cancer sein

Quel que soit le niveau, le prestataire de santé doit :

- Annoncer le résultat en la rassurant sur le caractère normal de l'examen,
- Conseiller l'autopalpation mensuelle des seins,
- Attirer son attention sur le risque lié à ses antécédents,
- Référer vers une consultation spécialisée pour évaluer le risque et déterminer la conduite à tenir (Cf. fiche de référence).

7.3. Examen anormal

La prise en charge dépend du niveau de la pyramide sanitaire

Niveau	Conduite à tenir
Poste de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Annoncer le résultat de l'examen, • Rassurer sur les possibilités de prise en charge • Renseigner les outils (Registre, fiche de référence) • RÉFÉRER AU CENTRE DE SANTÉ
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Avant 40 ans, privilégier une échographie mammaire • A partir de 40 ans, effectuer une mammographie • Si anomalie détectée : • Faire une cytoponction (Cf. fiche technique de cytoponction en annexe) : • Si la triade clinique, radiologique et cytologique est concordante bénigne : référer vers les EPS 1 et 2 pour PEC d'une lésion bénigne selon l'indication. • Si la triade clinique, radiologique et cytologique est discordante : référer vers les EPS 1 et 2 pour faire la biopsie mammaire. • Si la triade clinique, radiologique et cytologique est concordante maligne référer vers les EPS 1 et 2 pour faire la biopsie mammaire. • Renseigner les outils (Registre, fiche de référence)
EPS 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> • Si triade clinique, radiologique et cytologique est concordante bénigne : traitement adapté + surveillance • Si la triade clinique, radiologique et cytologique est discordante ou concordante maligne: Faire une biopsie pour confirmer et caractériser la lésion • Si lésion bénigne : traitement adapté +surveillance • Si lésion maligne : Référer pour PEC au centre de traitement spécialisé en oncologie ou référer au niveau EPS 3 • Renseigner les outils (Registre, dossier patient, fiche de référence)
EPS 3/ Centre oncologique	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la certitude du diagnostic • Demander un bilan d'extension • Tenir une réunion de concertation pluridisciplinaire pour prise de décision à la carte • Instaurer un traitement adéquat (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée...) • Assurer le suivi de la patiente • Renseigner les outils durant tout le processus (Registre, dossier patient, RecSen, carte de rendez-vous.

ANNEXES

- Algorithme dépistage cancer col de l'utérus
- Algorithme cancer sein
- Fiche technique examen des seins
- Fiche technique mammographie
- Fiche technique cytoponction
- Fiche technique biopsie
- Fiche de référence-contre-référence
- Carte de rendez-vous

Annexe 1 : Algorithme sur le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein pour le niveau communautaire

ME0 D'ACTIVITES
COMMUNAUTAIRES : causeries, mobilisations sociales, VADI, entretiens individuels

- Sensibiliser la communauté sur :**
- Le cancer du col et la stratégie
 - L'intérêt du dépistage, la cible les sites de dépistage
 - Le HPV, les autres facteurs favorisants
 - Les premiers signes de cancer avancé

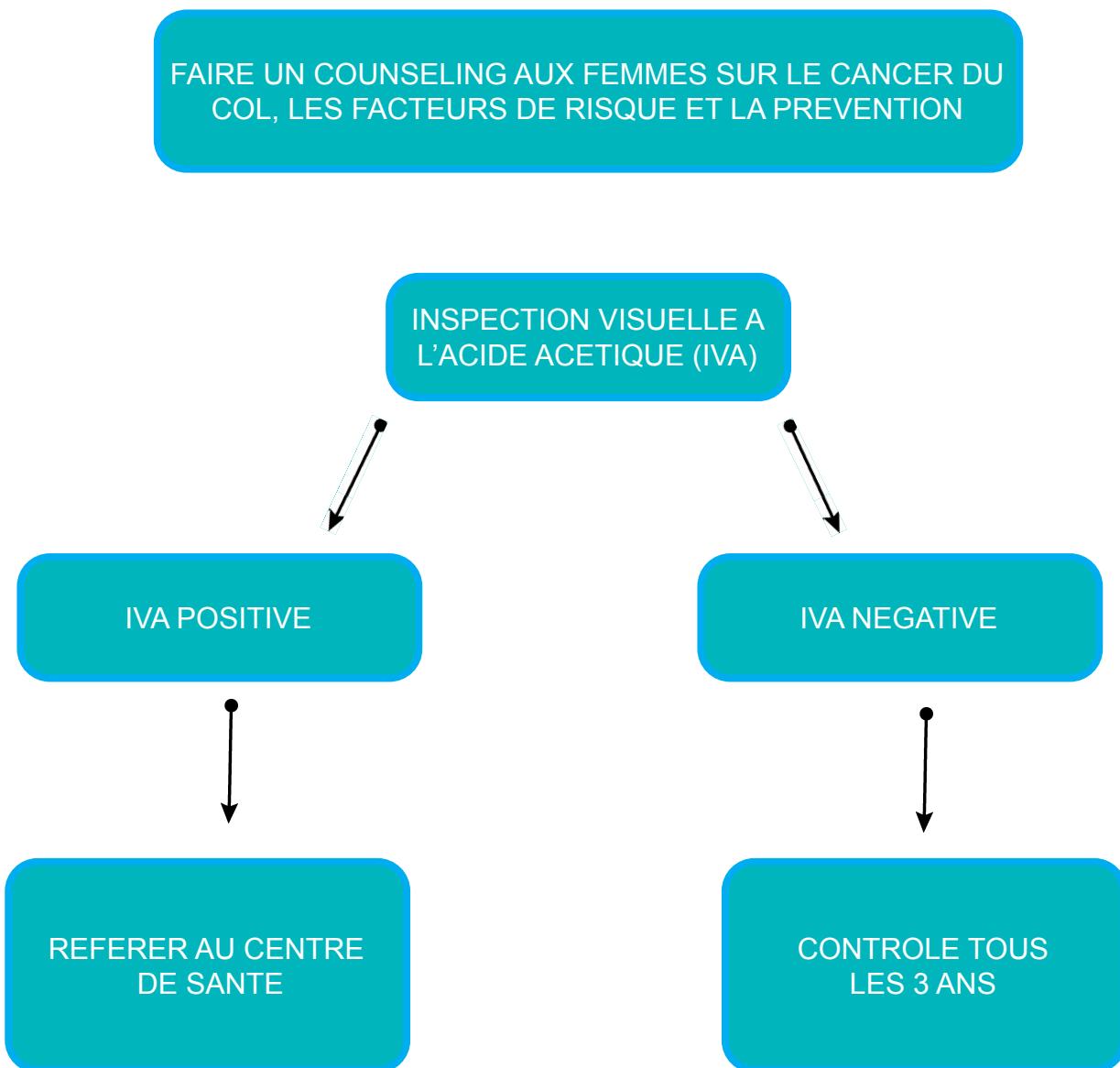
- Sensibiliser sur :
- L'importance de la vaccination contre le HPV
 - La cible de dépistage au Sénégal : Filles âgées entre 09 et 14 ans
 - L'intégration de la vaccination dans le PEV et les 2 doses espacées d'au moins 06

- Orienter les femmes
 - Cibles pour se faire dépister
 - Présentant des signes d'appel
- Assurer le suivi communautaire des femmes nécessitant un accompagnement

- Orienter les filles de 09 à 14 ans cibles pour se faire vacciner
- Faire le suivi pour s'assurer de la prise des doses.

Annexe 2 : Algorithme de dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour le niveau poste de santé

● IVA



● **HPV**

FAIRE UN COUNSELING AUX FEMMES SUR LE CANCER DU COL, LES FACTEURS DE RISQUE ET LA PREVENTION

TEST VIRAL HPV

TEST POSITIF

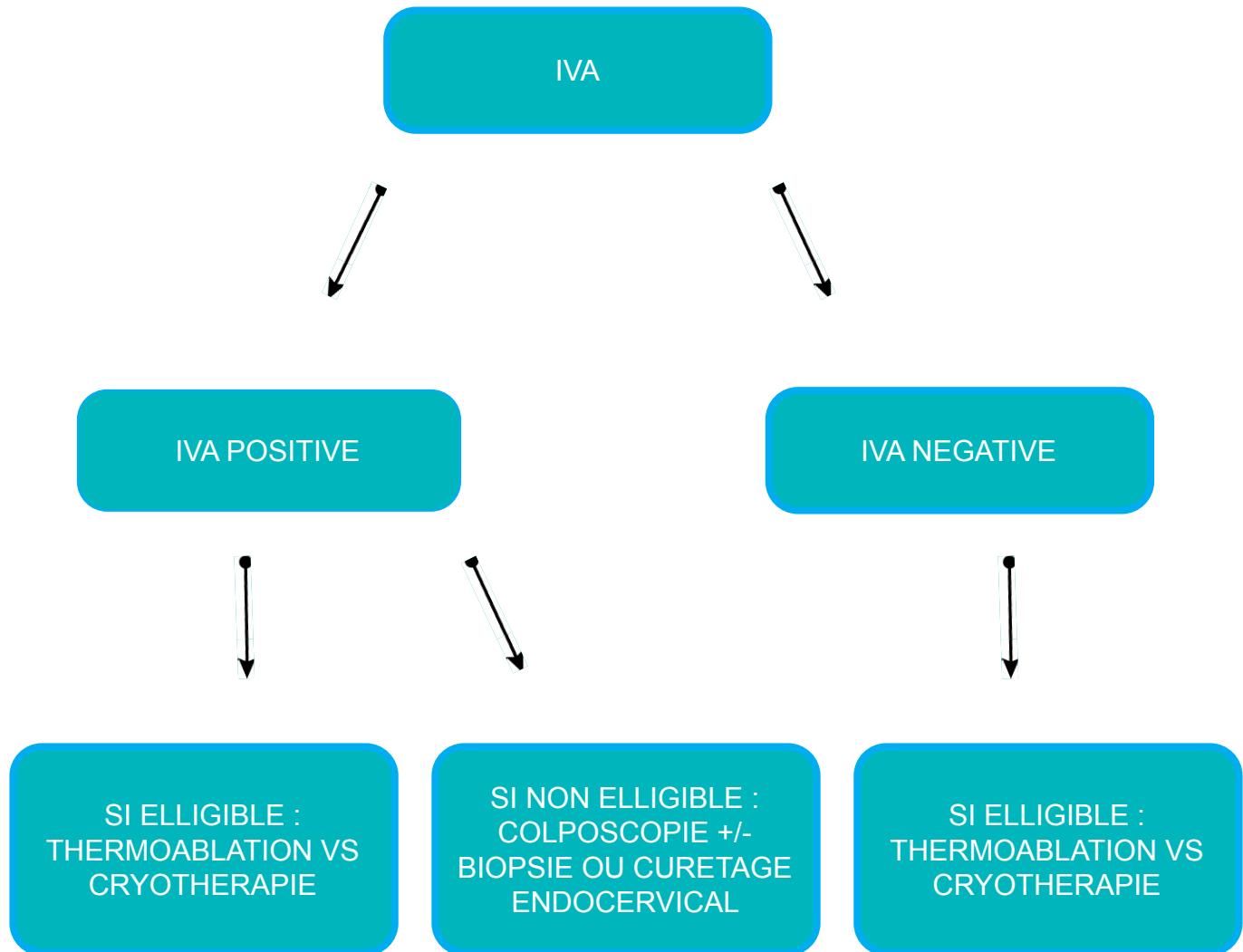
TEST HPV NEGATIF

CF. ALGORITHME
IVA PS

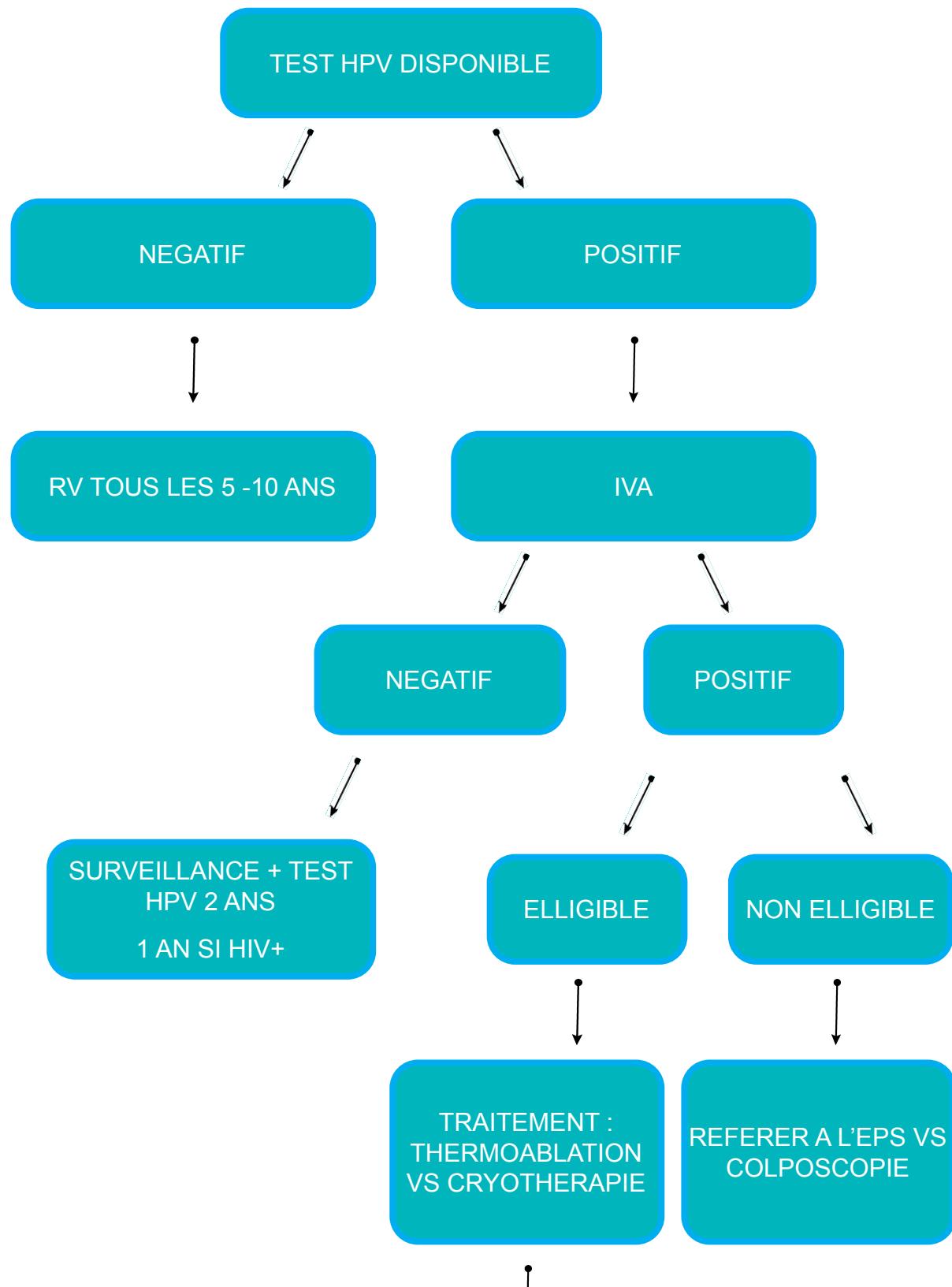
RASSURER LA CLIENTE REFAIRE LE TEST DANS 05 ANS SI VIH+ REFAIRE LE TEST DANS 03 ANS SI VIH+

Annexe 3 : Algorithme de dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour le niveau centre de santé

● IVA



● **HPV**

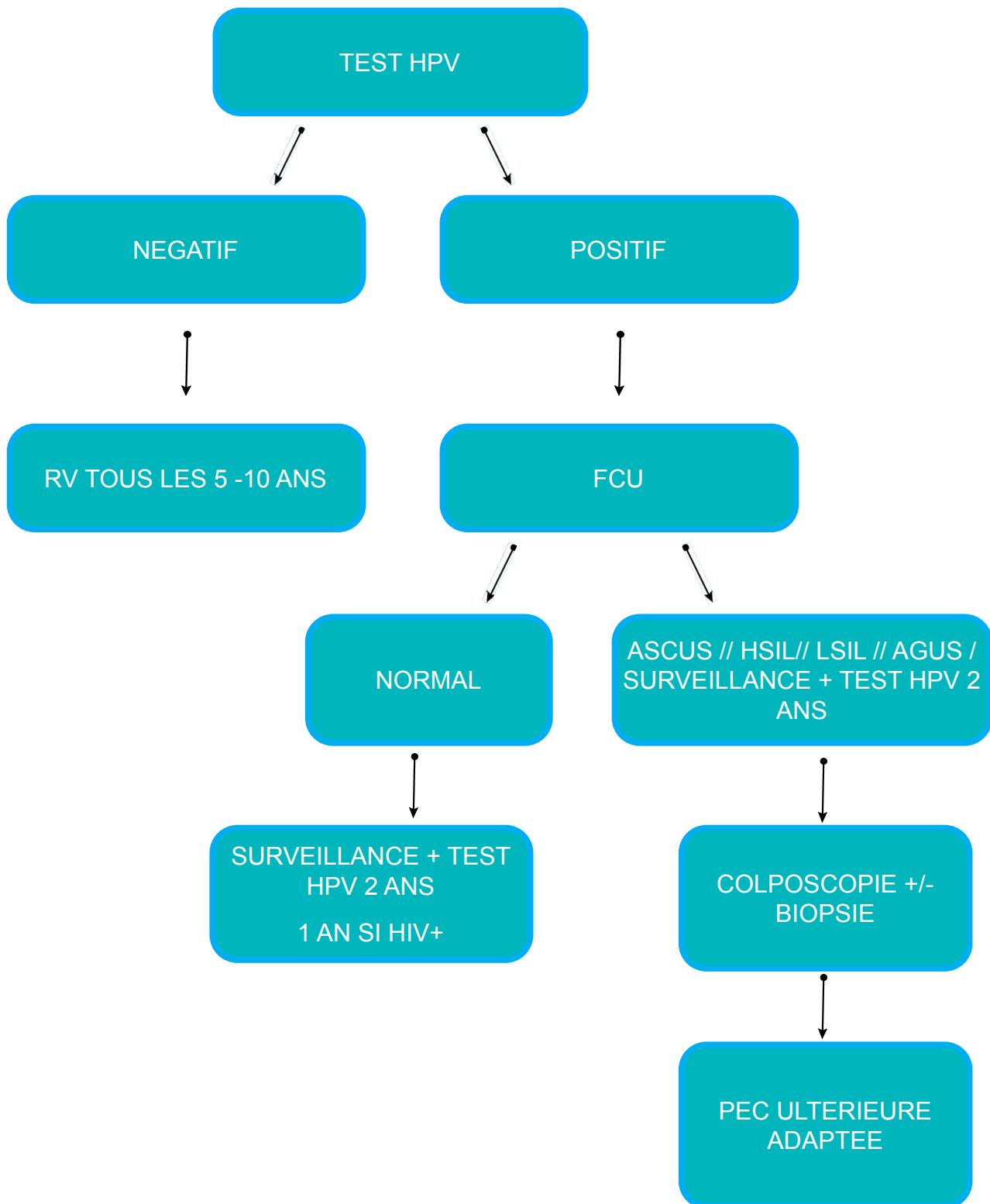


Annexe 4 : Algorithme de dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour le niveau EPS

● Test viral HPV avec triage IVA



● **Test HPV avec triage frottis**



Annexe 4 : Algorithme pour la détection précoce du cancer du sein au niveau poste de santé

**FAIRE UN COUNSELING AUX FEMMES SUR LE CANCER DU SEIN,
LES FACTEURS DE RISQUE ET L'IMPORTANCE
DE LA DETECTION PRECOCE**

PROMOUVOIR L'AUTOPALPATION MENSUELLE

**EXAMEN SENOLOGIQUE CHEZ TOUTES LES FEMMES AGEES
ENTRE 25 ET 74 ANS**

Si examen normal avec antécédent personnel et/ou familial de cancer sein

- Annoncer le résultat en la rassurant sur le caractère normal de l'examen,
- Conseiller l'autopalpation mensuelle des seins,
- Attirer son attention sur le risque lié à ses antécédents,
- Référer vers une consultation spécialisée pour évaluer le risque et déterminer la conduite à tenir (Cf. fiche de référence).

Si examen normal sans antécédent personnel et/ou familial de cancer sein

- Annoncer le résultat en la rassurant sur le caractère normal de l'examen,
- Conseiller l'autopalpation mensuelle des seins,
- Donner RV dans 1an pour un examen des seins
- Demander une mammographie tous les 2 ans si la cliente à 40 ans ou plus.

Examen anormal :

- Annoncer le résultat de l'examen
- Rassurer sur les possibilités de prise en charge
- Renseigner les outils (registre, fiche de référence)

Annexe 5: Algorithme pour la détection précoce du cancer du sein au niveau centre de santé

