

Prise en charge intégrée de la santé
génésique et sexuelle et des maladies chroniques

La lutte contre le cancer du col de l'utérus

Guide des pratiques essentielles



Organisation
mondiale de la Santé

**La lutte contre
le cancer du col de l'utérus
Guide des pratiques essentielles**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles.

Sur la couv.: Prise en charge intégrée de la santé génésique et sexuelle et des maladies chroniques.

1.Tumeur col utérus - diagnostic. 2.Tumeur col utérus - prévention et contrôle.
3.Tumeur col utérus - thérapeutique. 4.Ligne directrice. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254700 9

(NLM classification: WP 480)

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

REMERCIEMENTS

Les départements OMS Santé et Recherche génésiques, Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO) ont réalisé ce guide pratique en collaboration avec l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (ACCP), l'Agence internationale de l'Energie Atomique (AIEA), La Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), la Société internationale des Cancers Gynécologiques (IGCS) et l'Association européenne pour les Soins Palliatifs (EAPC).

Cet ouvrage est le fruit du travail de nombreux experts qui ont participé aux consultations ou aux travaux de révision. L'OMS tient à remercier pour leur contribution :

- les membres du Comité Technique Consultatif (CTC) : Rose Ann August, Paul Blumenthal, August Burns, Djamilia Cabral, Mike Chirenje, Lynette Denny, Brahim El Gueddari, Irena Kirar Fazarinc, Ricardo Fescina, Peter Gichangi, Sue Goldie, Neville Hacker, Martha Jacob, Jose Jeronimo, Rajshree Jha, Mary Kawonga, Sarbani Ghosh Laskar, Gunta Lazdane, Jerzy Leowski, Victor Levin, Silvana Luciani, Pisake Lumbiganon, Cédric Mahé, Anthony Miller, Hextan Ngan, Sherif Omar, Ruyan Pang, Julietta Patnick, Hervé Picard, Amy Pollack, Françoise Porchet, You-Lin Qiao, Sylvia Robles, Eduardo Rosenblatt, Diaa Medhat Saleh, Rengaswamy Sankaranarayanan, Rafaella Schiavon, Jacqueline Sherris, Hai-Rim Shin, Daiva Vaitkiene, Eric Van Marck, Bhadrasain Vikram, Thomas Wright, Matthew Zarka, Eduardo Zubizarreta.
- les réviseurs externes : Jean Ahlborg, Marc Arbijn, Xavier Bosch, Elsie Dancel, Wachara Eamratsameekool, Susan Garland, Namory Keito, Ntokoza Ndlovu, Twalib Ngoma, Abraham Peedicayil, Rodrigo Prado, John Sellors, Albert Singer, Eric Suba, Jill Tabutt Henry.
- Toutes les personnes qui ont participé aux essais d'utilisation de ce manuel sur le terrain : en Chine, en Egypte, en Inde, en Lituanie, à Trinidad et au Zimbabwe.



Equipe OMS chargée de la coordination :

Patricia Claeys, Nathalie Broutet, Andreas Ullrich.

Equipe OMS chargée de la conception et de la rédaction de cet ouvrage :

Kathy Shapiro, Emma Ottolenghi, Patricia Claeys, Janet Petitpierre.

Groupe central :

Martha Jacob (ACCP), Victor Levin (IAEA), Silvana Luciani (PAHO), Cédric Mahé (CIRC), Sonia Pagliusi (OMS), Sylvia Robles (PAHO), Eduardo Rosenblatt (IAEA), Rengaswamy Sankaranarayanan (CIRC), Cecilia Sepulveda (OMS), Bhadrasain Vikram (IAEA), ainsi que tous les membres des équipes chargées de la coordination et de la rédaction.

L'OMS tient à exprimer sa reconnaissance au gouvernement flamand (Belgique), qui a assuré l'essentiel du financement de cet ouvrage. L'OMS remercie également les autres donateurs : l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col, l'Agence internationale de l'Energie Atomique, Grounds for Health et le Comité Européen de Coordination de l'Industrie Radiologique et Electromédicale.

SOMMAIRE

Abréviations et acronymes	1
Préface	3
Introduction	5
A propos du Guide	5
Les différents niveaux de soins	10
Bibliographie essentielle	11
Recommandations de l’OMS	12
Chapitre 1 : Contexte général	15
Points essentiels.....	17
A propos de ce chapitre	17
Pourquoi se focaliser sur le cancer du col de l’utérus ?.....	18
Qui est le plus touché par le cancer du col de l’utérus ?	20
Obstacles à la lutte contre le cancer du col de l’utérus	21
Les quatre volets de la lutte contre le cancer du col de l’utérus	23
Un travail d’équipe pour lutter contre le cancer du col de l’utérus	24
Sources d’information complémentaire	26
Chapitre 2 : Anatomie du pelvis féminin et histoire naturelle du cancer du col de l’utérus	27
Points essentiels.....	29
A propos de ce chapitre	29
Anatomie et histologie	30
Histoire naturelle du cancer du col de l’utérus	37
Sources d’information complémentaire	44
Chapitre 3 : Promotion de la santé : prévention, éducation à la santé et conseil	45
Points essentiels.....	47
A propos de ce chapitre	47

Promotion de la santé	47
Rôle des prestataires de soins	48
Prévention de l'infection par le VPH	48
Education à la santé	50
Conseil	56
Education à la santé et conseil aux différents niveaux de soins.....	58
Sources d'information complémentaire	60
Fiche pratique 1 : Education à la santé.....	61
Fiche pratique 2 : Questions fréquemment posées (QFP) à propos du cancer du col de l'utérus.....	65
Fiche pratique 3 : Comment faire participer les hommes à la prévention du cancer du col de l'utérus	69
Fiche pratique 4 : Conseil	71
Fiche pratique 5 : Utilisation des préservatifs masculins et féminins	75
Chapitre 4 : Dépistage du cancer du col de l'utérus.....	81
Points essentiels.....	83
A propos de ce chapitre	83
Rôle des prestataires de soins	83
Programmes de dépistage	85
Tests de dépistage.....	96
Suivi	108
Activités de dépistage aux différents niveaux de soins.....	110
Sources d'information complémentaire	112
Fiche pratique 6 : Obtention du consentement éclairé.....	113
Fiche pratique 7 : Recueil des antécédents et déroulement de l'examen gynécologique.....	117
Fiche pratique 8 : Réalisation du frottis.....	123

Fiche pratique 9 : Prélèvement des échantillons pour le test de recherche d'ADN du VPH	127
Fiche pratique 10 : Méthodes visuelles de dépistage.....	131
Chapitre 5 : Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus	135
Points essentiels.....	137
A propos de ce chapitre	137
Rôle des prestataires de soins	137
Approches de prise en charge des lésions précancéreuses.....	139
Diagnostic	140
Traitement des lésions précancéreuses	143
Suivi post-traitement	154
Diagnostic et traitements des lésions précancéreuses aux différents niveaux de soins	155
Sources d'information complémentaire	157
Fiche pratique 11 : Colposcopie, biopsie et curetage endocervical	159
Fiche pratique 12 : Cryothérapie	163
Fiche pratique 13 : Résection à l'anse diathermique (RAD)	169
Fiche pratique 14 : Conisation à froid	175
Chapitre 6 : Prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus	179
Points essentiels.....	181
A propos de ce chapitre	181
Rôle des prestataires de soins	183
Diagnostic	183
Classification du cancer du col de l'utérus.....	185
Principes thérapeutiques.....	191
Modalités thérapeutiques.....	193

Suivi des patientes.....	201
Situations particulières	202
Parler aux patientes atteintes d'un cancer invasif du col et à leurs familles	203
Prise en charge du cancer invasif du col aux différents niveaux de soins.....	205
Sources d'information complémentaire	206
Fiche pratique 15 : Hystérectomie.....	207
Fiche pratique 16 : Téléthérapie pelvienne	213
Fiche pratique 17 : Curiethérapie	219
Chapitre 7 : Soins palliatifs	223
Points essentiels.....	225
A propos de ce chapitre	225
Rôle des prestataires de soins	226
Approche intégrée des soins palliatifs	228
Prise en charge des symptômes courants d'un cancer avancé.....	232
Le décès et les derniers instants.....	235
Organisation des services de soins palliatifs.....	236
Soins palliatifs aux différents niveaux de soins	238
Sources d'information complémentaire	240
Fiche pratique 18 : Prise en charge de la douleur	241
Fiche pratique 19 : Soins palliatifs à domicile.....	247
Fiche pratique 20 : Prise en charge à domicile des pertes vaginales et des fistules.....	253
Annexe 1 : Précautions universelles pour la prévention des infections	257
Annexe 2 : Le système Bethesda 2001	261
Annexe 3 : Comment mesurer la performance d'un test de dépistage ?	263

Annexe 4 : Organigramme du suivi et de la prise en charge des patientes en fonction des résultats du dépistage.....	265
4a. Approche standard basée sur le frottis de dépistage	265
4b. Approche “dépister-et-traiter” basée sur le dépistage par inspection visuelle à l’acide acétique	267
Annexe 5 : Prise en charge standard des lésions précancéreuses du col de l’utérus	268
Annexe 6 : Traitement du cancer du col de l’utérus en fonction du stade	269
6a. Traitement du carcinome microinvasif : Stades IA1 et IA2.....	269
6b. Traitement des stades précoces du cancer invasif : Stades IB1 et IIA < 4 cm	270
6c. Traitement de la maladie dans sa forme débutante bourgeonnante : Stades IB2-IIIb.....	271
6d. Traitement du cancer invasif de stade IV	272
6e. Prise en charge du cancer du col chez la femme enceinte	273
Annexe 7 : Documents types	275
7a. Lettre destinée aux femmes dont le frottis est anormal et qui ne sont pas revenues chercher leurs résultats à la date prévue....	275
7b. Fiche utile à l’identification des femmes qui doivent refaire un frottis	276
7c. Fiche utile à l’identification des patientes orientées vers une colposcopie	277
7d. Lettre informant le dispensaire des résultats de la colposcopie	278
Annexe 8 : Traitement des infections cervicales et des maladies inflammatoires pelviennes (MIP)	279
8a. Traitement des infections cervicales.....	279
8b. Traitement des MIP en ambulatoire	280
Annexe 9 : Préparation de la pommade de Monsel	281
Glossaire	283

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ADN	acide désoxyribonucléique
AGC	cellules glandulaires atypiques
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AIS	adénocarcinome <i>in situ</i>
ASC	agent de santé communautaire
ASC-H	cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade
ASC-US	cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée
CEC	curetage endocervical
CIN	néoplasie cervicale intraépithéliale
CIS	carcinome <i>in situ</i>
CO	contraceptifs oraux
CT	tomographie assistée par ordinateur
DIU	dispositif intra-utérin
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FP	fiche pratique
HDR	haut débit de dose
IAG	infection de l'appareil génital
IEC	information, éducation et communication
IRM	imagerie par résonance magnétique
IST	infection sexuellement transmissible
IVA	inspection visuelle à l'acide acétique
IVL	inspection visuelle au soluté de Lugol
JPC	jonction pavimento-cylindrique
LDR	faible débit de dose
LIE	lésion intraépithéliale épidermoïde
LIEBG	lésion épithéliale épidermoïde de bas grade
LIEHG	lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade
LLETZ	excision à l'anse large de la zone de remaniement

MIP	maladie inflammatoire pelvienne
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNLC	programme national de lutte contre le cancer
QFP	question fréquemment posée
RAD	résection à l'anse diathermique
RTE	radiothérapie externe
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
VHS	virus de l'herpes simplex
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain

PREFACE

Le nombre de cancers diagnostiqués dans les pays en développement est en constante augmentation. Le rapport *Preventing chronic diseases : a vital investment*, publié récemment par l'Organisation mondiale de la Santé, prévoyait que le cancer ferait en 2005 plus de 7,5 millions de victimes dans le monde, dont plus de 70% dans des pays à faible et à moyen revenu. En 2005, la Résolution 58.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la Prévention et la Lutte contre le Cancer a une nouvelle fois rappelé l'importance de l'enjeu que constitue le cancer, en soulignant que seule une action élargie et intégrée pourra stopper cette épidémie mondiale.

Le cancer du col de l'utérus est, par sa fréquence, le deux^{ième} cancer chez les femmes. En 2005, il a entraîné plus de 250 000 décès, dont près de 80% dans les pays en développement. En l'absence d'intervention rapide, la mortalité associée au cancer du col pourrait augmenter d'environ 25% dans les dix prochaines années. Il est cependant possible d'éviter ces décès grâce au dépistage et au traitement de cette maladie (selon les recommandations contenues dans ce Guide) et de contribuer ainsi à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La plupart du temps, et surtout dans les pays en développement, les femmes qui décèdent d'un cancer du col sont des femmes jeunes, dans la fleur de l'âge. Elles ont encore des enfants à élever et une famille à s'occuper, elles participent activement à la vie économique et sociale de leur ville ou de leur village. Leur disparition représente non seulement une tragédie personnelle, mais aussi une grande perte, douloureuse et inutile, pour leur famille et leur communauté. Une perte inutile, parce qu'il existe des preuves irréfutables – comme ce Guide l'indique clairement – que le cancer du col est l'un des types de cancer les plus faciles à prévenir et à traiter, à condition qu'il soit détecté suffisamment tôt et traité correctement.

Malheureusement, dans les pays en développement, la majorité des femmes n'ont toujours pas accès aux programmes de prévention du cancer du col, si bien que la maladie est souvent détectée trop tard pour être soignée. Il est donc urgent d'agir pour remédier à cette situation. Toutes les femmes doivent avoir accès à des services de prévention abordables et efficaces. Ces services doivent faire partie d'un vaste programme destiné à améliorer la santé sexuelle et génésique. Parallèlement, il est indispensable de mener une action concertée et coordonnée pour sensibiliser la population à la prévention et au dépistage du cancer du col.

En ce qui concerne la prévention (et le traitement) du cancer du col et de la morbidité et de la mortalité qui lui sont associées, il existe une somme considérable de connaissances issues de l'expérience et fondées sur des preuves concrètes. Toutefois, on ne disposait pas jusqu'à présent d'un manuel facile d'utilisation rassemblant toutes ces informations. C'est chose faite aujourd'hui avec cet ouvrage, réalisé par l'OMS et ses

partenaires. Il est conçu de façon à donner aux agents de santé, exerçant aux différents niveaux de soins, des conseils pratiques et détaillés sur la prévention et la détection précoce du cancer du col, ainsi que sur les approches thérapeutiques et palliatives. Grâce à ce Guide, les agents de santé des niveaux de soins primaires et secondaires devraient disposer de la meilleure information possible pour lutter efficacement contre le cancer du col et ce, pour le bien de la communauté toute entière.

Nous lançons un appel à tous les pays qui n'ont pas encore introduit des programmes organisés et efficaces de lutte contre le cancer du col de l'utérus, conformément aux recommandations figurant dans ce Guide. Ensemble, nous avons les moyens de réduire considérablement le poids énorme de cette maladie et de ses conséquences.

Catherine Le Gales-Camus

Sous-Directeur général

Maladies non transmissibles et santé mentale

Joy Phumaphi

Sous-Directeur général

Santé familiale et communautaire

INTRODUCTION

A PROPOS DU GUIDE

Portée et objectifs du Guide

Ce Guide est destiné à l'usage de tous ceux qui, par les soins qu'ils prodiguent, contribuent à réduire la charge que représente le cancer du col de l'utérus pour les femmes, les communautés et les systèmes de santé. Il est centré sur les connaissances et les compétences indispensables aux prestataires des différents niveaux de soins, pour qu'ils puissent proposer des services de qualité en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitements et de soins palliatifs du cancer du col. Cet ouvrage présente toute une série de directives et de recommandations actualisées et validées, qui couvrent l'ensemble des soins. Chaque chapitre contient les recommandations essentielles. On trouvera une liste récapitulative de ces recommandations en pages 12 et 13.

Ce Guide fait référence à quatre niveaux de soins :

- les soins communautaires fournis par la communauté ;
- les soins primaires fournis par le dispensaire ;
- les soins secondaires fournis par l'hôpital de district ;
- les soins tertiaires fournis par l'hôpital central ou spécialisé.

On trouvera en pages 10 et 11 une description détaillée de chacun de ces niveaux de soins.

Cet ouvrage ne couvre pas les aspects concernant la gestion des programmes ou la mobilisation des ressources, ni les activités politiques, juridiques et stratégiques également associées à la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Adaptation

Ce Guide fournit des recommandations générales. Il peut être nécessaire de les adapter aux systèmes de santé et aux besoins locaux, ainsi qu'à la langue et aux traditions culturelles. Pour cela, on consultera les sources d'informations complémentaires citées en référence. On pourra également se servir de ce Guide et des recommandations qu'il contient pour mettre en place ou adapter des protocoles nationaux, ou pour modifier des stratégies ou des pratiques.

Public cible

Ce Guide s'adresse avant tout aux prestataires de soins des dispensaires et des hôpitaux de district qui travaillent pour les programmes de lutte contre le cancer du col dans des milieux aux ressources limitées. Cet ouvrage peut également être utile aux agents de santé des niveaux de soins communautaires et tertiaires, ainsi qu'à tous ceux qui peuvent être amenés à rencontrer des femmes ayant besoin d'un dépistage ou d'un traitement.

L'équipe médicale

Dans le cadre d'un programme idéal de lutte contre le cancer du col de l'utérus, les agents de santé doivent travailler en équipe, de façon complémentaire et en totale synergie, en entretenant une bonne communication à leur niveau et avec les autres niveaux de soins. Dans certains pays, les secteurs privés et non gouvernementaux proposent un nombre important de services pour le cancer du col. Il faut alors intégrer les personnels de ces secteurs dans l'équipe médicale, là où c'est utile. Selon les niveaux de soins auxquels ils exercent, les agents de santé ont des rôles différents :

- les agents de santé communautaires (ASC) sensibilisent la population au cancer du col, incitent et aident les femmes à utiliser les services et assurent le suivi de celles qui rentrent chez elles après avoir subi un traitement au niveau de soins supérieur ;
- les prestataires de soins primaires assurent la promotion des services, réalisent le dépistage et le suivi et orientent les femmes vers des niveaux de soins supérieurs, si nécessaire ;
- les prestataires de soins secondaires (hôpital de district) assurent toute une série de services, allant du diagnostic au traitement, et orientent les patientes vers des niveaux de soins supérieurs ou inférieurs ;
- les prestataires de soins tertiaires (hôpital central) s'occupent des patientes souffrant d'un cancer invasif et des stades avancés de la maladie. Ils les renvoient si besoin vers des niveaux de soins inférieurs.

Utilisation du Guide

Les prestataires de soins, les superviseurs et les formateurs pourront utiliser ce Guide :

- comme manuel de référence fournissant l'information essentielle actualisée en matière de prévention, dépistage, diagnostic et traitement du cancer du col ;
- pour sa synthèse des différents aspects de la prévention et de la prise en charge du cancer du col ;
- pour la préparation des sessions de formation et d'apprentissage des prestataires de soins (avant et après leur entrée en activité) et également comme outil d'auto-apprentissage ;
- pour y trouver des recommandations validées sur la réponse à apporter à certaines situations particulières ;
- pour comprendre les interactions entre les prestataires des différents niveaux de soins.

Les personnes intéressées peuvent utiliser ce Guide dans son ensemble ou se limiter aux paragraphes ayant trait à leur pratique. Dans ce dernier cas, nous leur conseillons vivement de lire les recommandations figurant pages 12 et 13.

Contenu

Ce Guide comporte sept chapitres accompagnés de fiches pratiques, neuf annexes et un glossaire.

Chaque *chapitre* comporte :

- une description du rôle et des responsabilités des prestataires de soins primaires et secondaires en ce qui concerne le sujet du chapitre ;
- une anecdote illustrant le thème du chapitre et y apportant une touche personnelle ;
- l'information de base essentielle sur le sujet, suivie d'une discussion des différentes pratiques médicales et des recommandations appropriées ;
- l'information sur les soins dispensés à chacun des quatre niveaux du système de santé ;
- des conseils pour aider les agents de santé à parler avec les femmes des soins qui leur ont été prodigués et du suivi dont elles peuvent avoir besoin ;
- une liste des sources d'information complémentaire.

La plupart des chapitres sont accompagnés de fiches pratiques. Il s'agit de documents courts qui peuvent se lire de façon indépendante. Ces fiches pratiques contiennent l'information essentielle sur certains éléments de soins particuliers que les agents de santé peuvent être amenés à dispenser, par exemple, sur la façon de réaliser un frottis ou une cryothérapie. Les conseils qui sont inclus font partie intégrante de chacune des procédures décrites. Les fiches pratiques 13 à 17 présentent des interventions qui ne peuvent être pratiquées que par des spécialistes, mais l'information contenue dans ces fiches peut aider les autres prestataires de soins à expliquer l'intervention aux patientes, à leur prodiguer des conseils et à traiter les problèmes particuliers susceptibles de survenir après l'intervention.

Il est possible de copier chacune de ces fiches ou de les adapter.¹

Les *annexes* détaillent certains éléments de pratique s'appuyant sur des protocoles (par exemple, organisation de la prise en charge et protocoles de traitement) et des stratégies bien établis au niveau international et destinés à améliorer la qualité des services (par exemple, prévention des infections).

Le *glossaire* contient les définitions des termes scientifiques et techniques utilisés dans le Guide.

¹ Les fiches pratiques ne s'adressent pas aux débutants qui souhaitent apprendre à pratiquer une intervention. Il s'agit d'aide-mémoire destinés aux agents de santé qualifiés pour leur rappeler les principales étapes d'une intervention donnée et les aider à éduquer les femmes et leurs familles, à les conseiller et à leur expliquer cette intervention. Ces fiches peuvent également servir de check-list pour documenter les compétences dans le cadre d'une formation sous supervision.

Principes fondamentaux et cadre de cet ouvrage

Principes

L'approche proposée dans ce Guide repose sur les principes suivants :

- le droit d'accès équitable aux soins de santé ;
- les droits en matière de santé génésique, tels qu'ils ont été formulés dans le Programme d'Action adopté en 1994 lors de la Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement (paragraphe 7.6) ;
- les principes éthiques de justice, d'autonomie et de bienfaisance, tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Helsinki et dans les Directives Internationales d'Ethique pour la Recherche Biomédicale impliquant des Sujets Humains (directives préparées par le Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales et l'OMS) ;
- la différence de point de vue selon le genre : la discussion tient compte des facteurs liés au genre susceptibles d'affecter l'égalité hommes-femmes, de diminuer le pouvoir d'autodétermination des femmes et d'affecter la mise à disposition et l'utilisation des services de santé.

Cadre de cet ouvrage

Plusieurs suppositions et un contexte particulier sous-tendent le contenu de ce Guide :

- toutes les interventions préconisées s'appuient sur des preuves scientifiques solides ;
- la lutte contre le cancer du col doit s'effectuer dans le cadre d'un programme national de lutte contre le cancer (PNLC) ;
- la lutte contre le cancer du col doit s'intégrer, autant que possible, aux services existants des soins primaires de santé génésique et sexuelle ;
- le dépistage et le diagnostic précoce ne permettront de réduire la morbidité et la mortalité que s'ils sont associés au suivi et au traitement de toutes les lésions précancéreuses et des cancers invasifs détectés.
- on dispose déjà ou on pourra disposer des ressources nécessaires pour renforcer l'infrastructure sanitaire et mettre à disposition :
 - des agents de santé bien formés ;
 - l'équipement et le matériel nécessaires ;
 - des systèmes opérationnels d'orientation-recours et de communication entre les différentes équipes, les différents services, les différents niveaux de soins et la communauté ;
 - un système d'assurance qualité.

Elaboration du Guide

L'information contenue dans ce Guide s'appuie sur :

- une revue de la littérature pertinente ;
- la participation d'un Comité Technique Consultatif (CTC) constitué d'experts dans différentes disciplines, originaires de pays développés et en développement, qui ont élaboré et révisé le Guide ;
- la correction des différentes versions par de nombreux experts extérieurs ;
- une relecture approfondie par le personnel de l'OMS ;
- les informations fournies par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), notamment le manuel, *Cervix cancer screening*, publié en 2005 ;
- une révision sur site (pré-test sur le terrain), dans six pays.

Les éléments ayant servi à valider les recommandations présentées dans ce Guide feront l'objet d'une publication séparée, sous forme d'un document d'accompagnement.

Au sein de la population**NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

Le niveau communautaire englobe les individus et les organisations gouvernementales, les associations communautaires et religieuses et autres organisations non gouvernementales, ainsi que les services de soins palliatifs à domicile. Le niveau communautaire couvre également les postes de santé ou "cases de santé", généralement occupés par des aides-soignants ou des agents de santé communautaires.

Au dispensaire**DISPENSARE – NIVEAU DE SOINS PRIMAIRES**

Le niveau de soins primaires recouvre les structures de soins primaires disposant de personnel qualifié et ouvertes à heures régulières. Ces structures peuvent proposer des services de maternité et un service minimum de laboratoire.

A ce niveau, les prestations sont assurées par des infirmières, des aides-soignantes ou des infirmières assistantes, des conseillers, des éducateurs à la santé, des auxiliaires de soins, des « assistants médicaux » et, parfois, des médecins.

A l'hôpital de district**HOPITAL DE DISTRICT – NIVEAU DE SOINS SECONDAIRES**

Il s'agit généralement d'un hôpital qui offre non seulement des services de médecine générale, de pédiatrie et de maternité, mais aussi des services de petite chirurgie, des soins en hospitalisation ou en ambulatoire, et de temps en temps, des soins spécialisés.

Les patientes peuvent être adressées à l'hôpital de district par les centres de soins et les médecins privés. A ce niveau, la cytologie et l'histologie peuvent faire partie des services de laboratoire.

Les soins sont assurés par des médecins généralistes, des infirmières, des préparateurs en pharmacie ou des pharmaciens, des assistants de santé, des aides-soignantes et des techniciens de laboratoire, si possible un gynécologue et un cytologiste.

Les hôpitaux privés et les hôpitaux missionnaires appartiennent souvent à ce niveau de soins.

² Cette description n'englobe pas les soins ni les agents de santé en dehors du système de santé officiel (guérisseurs traditionnels, accoucheuses traditionnelles, vendeurs de médicaments, etc.), dont les rôles sont cependant loin d'être négligeables.

A l'hôpital central



HOPITAL CENTRAL OU SPECIALISE – NIVEAU DE SOINS TERTIAIRES

Les établissements de soins tertiaires dispensent les soins courants et des soins spécialisés pour les cas difficiles et les patients gravement malades. Ils couvrent habituellement les services de chirurgie, de radiothérapie et les divers services d'hospitalisation et de soins ambulatoires. Ils traitent non seulement les cas cliniques courants, mais aussi les cas aigus et chroniques.

Ces hôpitaux offrent les services de laboratoire de référence et de diagnostic les plus complets du secteur public. Ils disposent en effet de pathologistes et de cytotechnologues, de services de radiologie et d'imagerie diagnostique.

BIBLIOGRAPHIE ESSENTIELLE

- Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs : a manual for managers*. Seattle, WA, 2004.
- CIRC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARCPress, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).
- OMS. *Cervical cancer screening in developing countries. Compte rendu d'une consultation* OMS. Genève, 2002.
- OMS. *Comprehensive cervical cancer control. A guide for essential practice, evidence base*. Genève (en préparation).
- Alliance for Cervical Cancer Prevention (www.alliance-cxca.org).
- Centre international de Recherche sur le Cancer (www.iarc.fr).
- Program for Appropriate Technology in Health (www.path.org).
- EngenderHealth (www.engenderhealth.org).
- JHPIEGO (www.JHPIEGO.org).
- *Cancer prevention and control*. Résolution 58.22 de la 58^{ème} Assemblée mondiale de la Santé (www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-en.pdf).
- OMS Programme de lutte contre le cancer (www.who.int/cancer).
- Département Santé et Recherche génésiques de l'OMS (www.who.int/reproductive-health).

RECOMMANDATIONS DE L'OMS

- L'éducation à la santé doit faire partie intégrante de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- La cytologie est recommandée pour les programmes de dépistage du cancer du col à grande échelle, quand les ressources le permettent.

Âges cibles et fréquence conseillés pour le dépistage du cancer du col :

- Les nouveaux programmes doivent commencer par proposer le dépistage aux femmes de plus de 30 ans et s'adresser ensuite aux femmes plus jeunes, une fois seulement que la couverture du groupe à haut risque est assurée. Les programmes déjà existants ne doivent pas intégrer les femmes de moins de 25 ans dans leurs populations cibles.
 - Quand les femmes ne peuvent bénéficier du dépistage qu'une seule fois dans leur vie, ce doit être de préférence entre 35 et 45 ans.
 - Pour les femmes de plus de 50 ans, un dépistage tous les cinq ans suffit.
 - Dans la tranche d'âge des 25 à 49 ans, on peut envisager un dépistage tous les trois ans, si les ressources le permettent.
 - Le dépistage annuel n'est pas recommandé quel que soit l'âge.
 - Le dépistage n'est plus nécessaire chez les femmes de plus de 65 ans, sous réserve que les deux précédents frottis aient été négatifs.
- L'utilisation des méthodes de dépistage visuel à l'acide acétique (IVA) ou avec le soluté de Lugol (IVL) est recommandée, pour l'instant, uniquement dans le cadre de projets pilotes ou dans des circonstances particulières impliquant une étroite surveillance. Elle n'est pas recommandée chez les femmes ménopausées.
 - L'utilisation des tests VPH (détection du virus du papillome humain) pour le dépistage primaire est recommandée, pour l'instant, uniquement dans le cadre de projets pilotes ou dans des circonstances particulières impliquant une étroite surveillance. Dans les milieux disposant de ressources suffisantes, il est possible d'utiliser ces tests conjointement avec la cytologie ou d'autres tests de dépistage. Il ne faut pas utiliser le test VPH pour le dépistage du cancer du col chez les femmes de moins de 30 ans.
 - Il n'est pas nécessaire de restreindre l'emploi des contraceptifs hormonaux, en dépit d'une légère augmentation du risque de cancer du col observée avec l'utilisation de contraceptifs oraux combinés.

- Il faut proposer à toutes les femmes les mêmes options de dépistage et de traitement, indépendamment de leur statut pour le VIH.
- La coloscopie est recommandée uniquement pour le diagnostic et doit être réalisée par des prestataires de soins qualifiés et correctement formés.
- Il faut, autant que possible, traiter les lésions précancéreuses en ambulatoire. On peut utiliser la cryothérapie et la résection à l'anse diathermique (RAD), en fonction des critères d'admissibilité et des ressources disponibles.
- Il faut d'abord procéder à l'analyse histologique et à la classification du cancer du col avant d'entreprendre des examens complémentaires et de débiter un traitement.
- La chirurgie et la radiothérapie représentent les principales méthodes de traitement du cancer du col.
- La curiethérapie fait obligatoirement partie de la radiothérapie curative du cancer du col.
- Seuls des chirurgiens ayant reçu une formation spécialisée en chirurgie des cancers gynécologiques sont habilités à pratiquer le traitement chirurgical d'un cancer du col.
- Il faut utiliser les services de soins palliatifs existants ou en créer de nouveaux pour répondre aux besoins des femmes atteintes d'un cancer incurable. Quel que soit le niveau de soins, il faut offrir aux agents de santé la formation et les ressources nécessaires, pour qu'ils puissent prendre en charge les principaux problèmes physiques et psychosociologiques, en s'attachant tout particulièrement à soulager la douleur.
- Les programmes intégrés de lutte contre le cancer doivent assurer l'approvisionnement en analgésiques opioïdes, non opioïdes et adjuvants, notamment la morphine orale.

1

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL

Points essentiels

- Dans les pays en développement, le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès par cancer chez les femmes.
- L'infection par le virus du papillome humain (VPH) est une infection très courante, transmise sexuellement ; elle représente la première cause sous-jacente de cancer du col.
- La plupart des infections à VPH s'éliminent spontanément ; celles qui persistent peuvent entraîner le développement de lésions précancéreuses et plus tard d'un cancer.
- Il faut généralement entre 10 et 20 ans pour que les lésions précancéreuses provoquées par le VPH évoluent en cancer invasif.
- Il existe des moyens de lutte efficaces contre le cancer du col, en particulier le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif.
- Dans les pays en développement, on estime à 95% le pourcentage de femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un dépistage du cancer du col.
- C'est dans les pays en développement que sont diagnostiqués plus de 80% des nouveaux cas de cancer du col, la plupart à un stade avancé.
- Le taux de guérison du cancer invasif du col dépend du stade de la maladie au moment du diagnostic et de la disponibilité d'un traitement. L'issue d'un cancer du col non traité est presque toujours fatale.
- Compte tenu de sa complexité, la lutte contre le cancer du col exige un travail d'équipe et une bonne communication entre les prestataires des différents niveaux de soins.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Il reste encore beaucoup à faire pour prévenir le cancer du col de l'utérus et réduire la morbidité et la mortalité qui lui sont associées. Ce chapitre justifie le besoin urgent de programmes organisés de lutte contre le cancer du col. Il souligne le fardeau que représente cette maladie pour les femmes et les services de santé, en s'appuyant sur les statistiques mondiales et en décrivant les inégalités entre régions et à l'intérieur même des pays. Il décrit également les éléments essentiels à la réussite de ces programmes (en particulier, le choix du groupe ciblé par le dépistage) et les obstacles à leur mise en œuvre, pour conclure que la lutte contre le cancer exige un travail d'équipe permanent.

POURQUOI SE FOCALISER SUR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

En 2005, d'après les prévisions de l'OMS, il y avait plus de 500 000 nouveaux cas de cancer du col dans le monde, dont plus de 80% dans les pays en développement. On estime aujourd'hui qu'il y a plus d'un million de femmes atteintes d'un cancer du col, dont la plupart n'ont pas été diagnostiquées ou n'ont pas accès au traitement qui pourrait les guérir ou prolonger leur vie. En 2005, le cancer du col a fait près de 260 000 victimes, dont près de 95% dans des pays en développement, ce qui fait de cette maladie l'une des plus graves menaces qui pèse sur la vie des femmes. Dans de nombreux pays en développement, l'accès aux services de santé est limité et le dépistage du cancer du col est inexistant ou bien ne touche qu'un faible pourcentage des femmes qui en ont réellement besoin. Dans ces régions, le cancer du col est le cancer le plus fréquent et la principale cause de mortalité par cancer dans la population féminine.

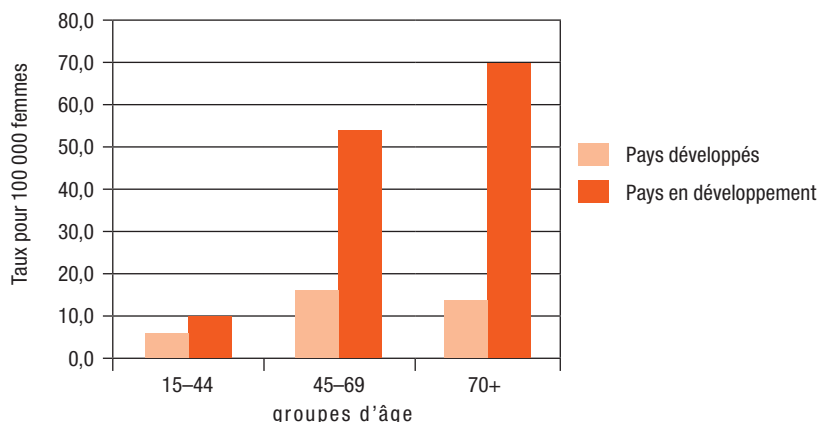
L'infection par un ou plusieurs types à haut risque de virus du papillome humain (VPH) constitue la première cause sous-jacente de cancer du col. Le VPH est un virus très courant qui se transmet sexuellement. La plupart des nouvelles infections s'éliminent spontanément, mais quand elles persistent, elles peuvent entraîner le développement de lésions précancéreuses qui, si elles ne sont pas traitées, sont susceptibles d'évoluer en cancer. Comme il faut habituellement entre 10 et 20 ans pour que des lésions précancéreuses provoquées par le VPH évoluent jusqu'au stade de cancer invasif, il est possible de prévenir la plupart des cancers du col, grâce au dépistage et au traitement de ces lésions.

L'expérience dans les pays développés a montré que des programmes de dépistage organisé bien planifiés, avec une couverture élevée, pouvaient considérablement réduire le nombre de nouveaux cas de cancer du col et le taux de mortalité associé. La preuve est faite qu'il est possible de réduire le poids de cette maladie sur la population féminine et les systèmes de santé, en sensibilisant la population au cancer du col, en mettant en œuvre des programmes de dépistage efficaces et en améliorant les services de santé existants. Malheureusement, les taux d'incidence du cancer du col et la mortalité associée sont bien plus élevés dans les pays en développement que dans les pays développés (Figures 1.1 et 1.2) et ce, pour plusieurs raisons :

- méconnaissance du cancer du col, non seulement au sein de la population, mais aussi parmi les prestataires de soins et les décideurs ;
- absence ou médiocrité des programmes de dépistage. Chez les femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un dépistage, le cancer tend à être diagnostiqué à des stades avancés, quand il est plus difficile à traiter ;
- accès limité aux soins ;
- absence de systèmes opérationnels pour orienter les patientes vers les établissements appropriés.

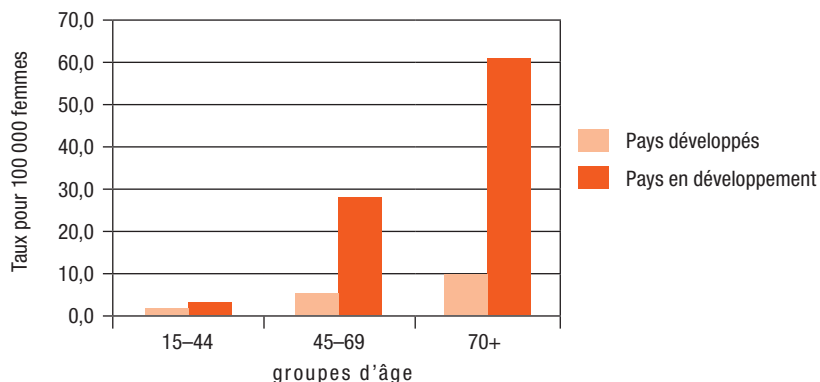
Cette différence des taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du col, entre pays développés et pays en développement, n'est que le reflet des fortes inégalités qui existent en matière de santé dans le monde et représente un véritable défi pour les systèmes de soins.

Figure 1.1 Taux d'incidence du cancer du col, standardisés sur l'âge, dans les pays développés et les pays en développement (2005)



D'après : OMS. *Preventing chronic diseases : a vital investment*. Genève, 2005.

Figure 1.2 Taux de mortalité par cancer du col, standardisés sur l'âge, dans les pays développés et les pays en développement (2005)

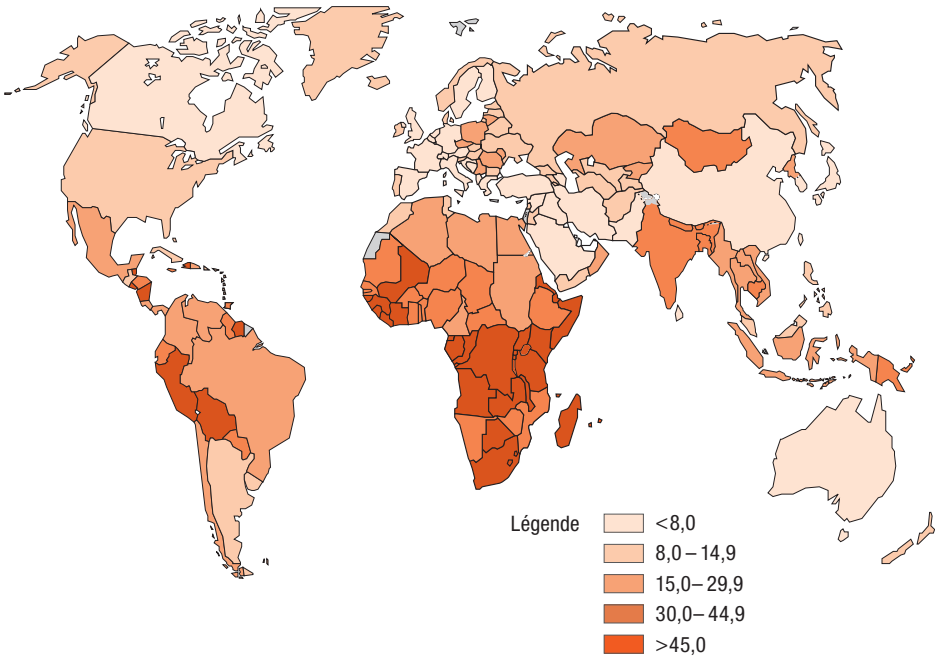


D'après : OMS. *Preventing chronic diseases : a vital investment*. Genève, 2005.

QUI EST LE PLUS TOUCHÉ PAR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

Rare chez les femmes de moins de 30 ans, le cancer du col est plus fréquent après 40 ans, la plupart des décès survenant chez les femmes entre 50 et 70 ans. Le cancer du col touche les femmes dans le monde entier, mais les taux d'incidence les plus élevés s'observent en Amérique Centrale et en Amérique du Sud, en Afrique de l'Est, en Asie du Sud et du Sud-est, ainsi qu'en Mélanésie. La Figure 1.3 illustre l'incidence mondiale du cancer du col.

Figure 1.3 Taux d'incidence du cancer du col dans le monde pour 100 000 femmes (tous âges confondus), standardisés sur l'âge de la population standard de l'OMS (2005)



Au cours des trois dernières décennies, les taux d'incidence du cancer du col ont chuté dans la plupart des pays développés, sans doute à cause des programmes de dépistage et de traitement. A l'inverse, dans la plupart des pays en développement, ces taux ont augmenté ou sont restés inchangés. Des inégalités existent à l'intérieur même des pays en développement, où le risque de cancer invasif du col est plus élevé chez les femmes les plus pauvres et chez celles qui vivent en milieu rural.

Un cancer invasif du col, s'il n'est pas traité, est presque toujours fatal. Source de douleur et de souffrance pour la patiente, il bouleverse aussi la vie des familles et des communautés.

OBSTACLES A LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Au cours des dernières décennies, un certain nombre de pays ont mis en place des programmes de lutte contre le cancer du col. Quelques-uns de ces programmes ont entraîné une chute significative des taux d'incidence et de mortalité associées à ce cancer, tandis que d'autres sont restés sans effet. Parmi les raisons de ces échecs, citons :

- les obstacles politiques :
 - Manque de priorité accordée à la santé sexuelle et génésique des femmes ;
 - Absence de politiques nationales et de directives appropriées.
- les obstacles communautaires et individuels :
 - le cancer du col n'est pas perçu comme un problème de santé publique ;
 - les comportements, les idées fausses et les croyances empêchent les gens de discuter des maladies qui affectent l'appareil génital.
- les obstacles économiques (manque de ressources) ;
- les obstacles techniques et organisationnels, liés à la pauvreté des infrastructures et à une mauvaise organisation des systèmes de santé.

Manque de priorité accordé à la santé des femmes

Le manque de priorité accordée aux besoins des femmes en matière de santé (à l'exception de ceux liés à la maternité et à la planification familiale) fut au centre des débats de la Conférence Internationale du Caire sur le Développement et la Population, en 1994. Lors de cette conférence, les pays se sont engagés à repenser la politique de santé des femmes en termes de droits de l'homme et à promouvoir une vision intégrée des soins de santé génésique. Depuis lors, d'importants progrès ont été faits dans certains domaines. Toutefois, un grand nombre de pays n'accordent toujours pas suffisamment d'intérêt au cancer du col, malgré une incidence, une morbidité et une mortalité élevées.

Absence de directives nationales fondées

Les directives nationales en matière de lutte contre le cancer du col n'existent pas toujours ou, si elles existent, ne reflètent pas forcément la réalité du moment et les données épidémiologiques locales. Très souvent, les directives génériques figurant dans la littérature ne sont pas utilisées ou ne sont pas adaptées aux besoins locaux. De nombreux programmes gaspillent les maigres ressources dont ils disposent, en proposant le dépistage aux jeunes femmes (moins de 25 ans) qui viennent aux consultations prénatales et de planning familial ou en dépistant plus souvent qu'il ne le faut.

Il serait plus judicieux de consacrer ces ressources au dépistage chez les femmes plus âgées qui présentent un risque de cancer du col plus élevé et qui font rarement appel aux services de santé.

Mauvaise organisation des systèmes de santé et de l'infrastructure

Il faut des systèmes de santé qui fonctionnent bien et qui disposent de l'équipement adéquat et de prestataires de soins qualifiés pour assurer les activités de prévention, de dépistage et de diagnostic, ainsi que la communication indispensable au suivi et au traitement et les soins palliatifs.

Méconnaissance

Dans de nombreux endroits, le cancer du col est une maladie méconnue et ignorée de la plupart des décideurs, des prestataires de soins et de la population en général. Ainsi, les décideurs ne sont pas toujours conscients de l'ampleur du problème de santé publique qu'il représente. Quant aux prestataires de soins, ils manquent pour la plupart d'informations précises concernant l'histoire naturelle, la détection et le traitement de cette maladie. Enfin, beaucoup de femmes et d'hommes n'ont jamais entendu parler du cancer du col et ne savent pas reconnaître les premiers signes. Les femmes appartenant au groupe à risque ignorent qu'elles doivent se faire suivre régulièrement, même en l'absence de tout symptôme.

Comportements, croyances et préjugés

Parmi les prestataires de soins et dans la population en général, les comportements et les croyances à l'égard du cancer du col peuvent également constituer des obstacles à la lutte contre cette maladie. Les gens ont tendance à penser qu'il s'agit d'une maladie incurable dont l'issue est forcément fatale. De plus, l'appareil génital féminin représente très souvent un sujet tabou et les femmes n'osent pas toujours parler des symptômes qui touchent à leur intimité, surtout quand l'agent de santé est un homme ou qu'il est de culture différente. Il est donc essentiel de déstigmatiser ce sujet, pour encourager les femmes à faire un test de dépistage et à avoir recours aux services médicaux quand elles présentent des symptômes évoquant un cancer du col.

Manque de ressources

Dans la plupart des milieux où se joue une compétition féroce pour l'octroi de ressources limitées, très souvent, le cancer du col n'est pas considéré comme une priorité.

LES QUATRE VOILETS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

Un programme national de lutte contre le cancer comporte quatre volets principaux :

- prévention primaire de la maladie ;
- détection précoce de la maladie par le biais d'une sensibilisation accrue et de programmes de dépistage organisé ;
- diagnostic et traitement ;
- soins palliatifs pour les stades avancés de la maladie.

La prévention primaire de la maladie. Dans le cas présent, elle consiste à prévenir les infections à VPH et à éviter les cofacteurs reconnus pour augmenter le risque de cancer du col. Elle comprend :

- l'éducation et la sensibilisation pour réduire les comportements sexuels à risque ;
- la mise en place de stratégies appropriées au plan local pour faire changer les comportements ;
- le développement et l'introduction d'un vaccin VPH efficace et abordable ;
- les efforts entrepris pour décourager la consommation de tabac, en particulier la cigarette (qui constitue un facteur de risque reconnu pour le cancer du col et d'autres cancers).

La détection précoce de la maladie comprend :

- des programmes de dépistage organisé, ciblés sur le groupe d'âge approprié, avec des liens efficaces entre les différents niveaux de soins ;
- l'éducation des agents de santé et des femmes sur le cancer du col, en insistant sur l'intérêt du dépistage, l'âge auquel le cancer du col survient le plus souvent, ses signes et ses symptômes.

Le diagnostic et le traitement comprennent :

- le suivi des patientes dont le test de dépistage est positif, afin de veiller à ce qu'un diagnostic soit posé et que la maladie soit correctement traitée ;
- le traitement des lésions précancéreuses à l'aide de techniques relativement simples pour prévenir leur évolution en cancer ;
- le traitement du cancer invasif, avec notamment la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Les soins palliatifs comprennent :

- le soulagement symptomatique des saignements vaginaux, de la douleur et autres symptômes associés aux stades avancés du cancer du col, ainsi que le soulagement des effets secondaires et complications dus à certains traitements ;
- Les soins courants et attentionnés prodigués aux femmes atteintes d'un cancer incurable ;
- L'implication de la famille et de la communauté dans les soins prodigués aux patientes.

Il est possible de lutter avec succès contre le cancer du col si :

- il existe une politique nationale de lutte contre le cancer du col s'appuyant sur l'histoire naturelle de la maladie, sur sa prévalence et son incidence locales dans les différentes tranches d'âge ;
- des ressources financières et techniques sont allouées à cette politique nationale ;
- il existe des programmes d'éducation de la population et de plaidoyer en faveur de la prévention du cancer du col pour soutenir la politiques nationale ;
- le dépistage est organisé plutôt qu'opportuniste ; le suivi et le contrôle qualité sont bien assurés (voir Chapitre 4) ;
- le plus grand nombre possible de femmes appartenant au groupe cible bénéficient du dépistage ;
- les services de dépistage sont étroitement associés aux services de traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif ;
- un système d'information à la santé est en place pour contrôler les progrès et identifier les lacunes.

UN TRAVAIL D'EQUIPE POUR LUTTER CONTRE LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

En raison de sa complexité, la lutte contre le cancer du col exige un travail d'équipe pluridisciplinaire et une bonne communication entre les prestataires de soins des différents niveaux.

- Il faut que les agents de santé communautaires (ASC) puissent communiquer avec les infirmières et les médecins des dispensaires et, parfois même, avec le personnel de laboratoire et les spécialistes des niveaux de soins secondaires (hôpital de district) et tertiaires (hôpital central).

- Une bonne communication au sein de l'établissement de santé, entre les différents établissements et avec les ASC, est indispensable à la bonne coordination des services, pour proposer aux femmes les meilleurs soins possibles et améliorer les résultats. Cette communication à double sens est particulièrement importante dans le cadre de la prise en charge des femmes atteintes d'un cancer invasif, qui sont traitées à l'hôpital et qui rentrent ensuite chez elles pour leur convalescence ou pour des soins palliatifs.
- Les prestataires de soins secondaires et tertiaires (chirurgiens, radiothérapeutes et infirmières) doivent communiquer en toute franchise avec les prestataires de soins primaires et les ASC. Ainsi, il est parfois utile pour les médecins de l'hôpital central de se rendre de temps à autre dans les communautés, pour parler avec les ASC et constater d'eux-mêmes les difficultés rencontrées par les femmes atteintes d'un cancer pour se faire soigner, quand elles vivent dans des milieux démunis.
- Les directeurs d'établissement et les superviseurs peuvent favoriser les liens, en communiquant avec les agents de santé, en contrôlant et en améliorant la qualité des services existants.
- Les responsables doivent garantir l'approvisionnement en matériel et encourager le travail bien fait par des mesures incitatives.
- L'équipe de lutte contre le cancer du col doit obtenir le soutien et l'engagement de tous ceux qui prennent des décisions, aussi bien au niveau régional que national.

Conseils pour former une équipe

- Assurer une bonne communication entre les membres de l'équipe, grâce à des réunions régulières leur permettant d'échanger des informations, de parler des problèmes rencontrés et de les résoudre.
- Encourager des relations de confiance et de respect mutuel au sein de l'équipe, y compris avec les superviseurs, pour que chacun s'intéresse réellement à ce que fait l'autre.
- Entretenir la motivation en proposant des formations régulières, une supervision et un tutorat.
- Garantir un cadre de travail sûr, propre et agréable, doté du matériel approprié.
- Récompenser convenablement le personnel pour son travail.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE

- Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs : a manual for managers*. Seattle, WA, 2004.
- Alliance for Cervical Cancer Prevention Website : www.alliance-cxca.org.
- Centre international de Recherche sur le Cancer Website : www.iarc.fr.
- La Banque mondiale. *World development indicators 2003*. Washington, DC, 2003.
- Organisation mondiale de la Santé. *National cancer control programmes, 2nd ed*. Genève, 2002.

2

CHAPITRE 2 : ANATOMIE DU PELVIS FEMININ ET HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

CHAPITRE 2 : ANATOMIE DU PELVIS FEMININ ET HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Points essentiels

- Il est indispensable de posséder une bonne connaissance de l'anatomie du pelvis féminin et de l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus pour bien comprendre la maladie et transmettre les messages ayant trait à sa prévention, à son dépistage, à son traitement et aux soins palliatifs.
- Le col de l'utérus subit toute une série de changements normaux, depuis la naissance jusqu'à la ménopause et au-delà.
- C'est dans la zone de remaniement du col que débutent la majorité des lésions précancéreuses et des cancers.
- Pendant la puberté et la grossesse, ainsi que chez les femmes qui utilisent une contraception orale (CO) depuis plus de 5 ans, la zone de remaniement est plus étendue, ce qui pourrait accroître la sensibilité à l'infection par le VPH et expliquer pourquoi la précocité des rapports sexuels, les grossesses multiples et, à un moindre degré, l'utilisation prolongée de CO, représentent des cofacteurs de risque pour le développement d'un cancer du col.
- Après la ménopause, la zone de remaniement s'étend parfois à l'intérieur du canal cervical, ce qui rend nécessaire l'utilisation d'un spéculum endocervical pour la voir dans sa totalité.
- A partir du moment où on identifie une dysplasie légère, il s'écoule habituellement entre 10 et 20 ans avant qu'un cancer invasif du col ne se développe ; il est donc possible de lutter contre ce cancer grâce au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses.
- L'infection par le VPH est nécessaire, mais pas suffisante, pour provoquer un cancer du col ; des facteurs d'hôte, mais aussi des facteurs comportementaux et environnementaux, pourraient favoriser le développement de ce cancer.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Le dépistage, la détection précoce et le traitement du cancer du col de l'utérus se justifient au regard de l'histoire naturelle de cette maladie, caractérisée par une lente progression du stade précancéreux jusqu'au stade de cancer invasif. Pour comprendre comment les lésions précancéreuses se développent et évoluent en cancer, il est indispensable de posséder une bonne connaissance de l'anatomie du pelvis féminin, y compris de sa vascularisation, de son innervation et de son système de drainage lymphatique. Ce chapitre décrit l'anatomie du pelvis féminin. Pour les non-spécialistes, il donne également des informations supplémentaires concernant les changements normaux et anormaux, susceptibles de survenir au niveau du col de l'utérus, et précise

comment les prendre en compte lors du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses. Il faut que les agents de santé comprennent bien l'histoire naturelle du cancer du col, pour pouvoir communiquer aux femmes et à leur entourage, des informations précises en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de cette maladie.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Ce paragraphe décrit l'anatomie du pelvis féminin et les différentes couches de cellules épithéliales qui tapissent le col, ainsi que les modifications physiologiques normales qui ont lieu pendant toute la vie de la femme. Il présente également la région dans laquelle se développent le plus souvent les lésions précancéreuses.

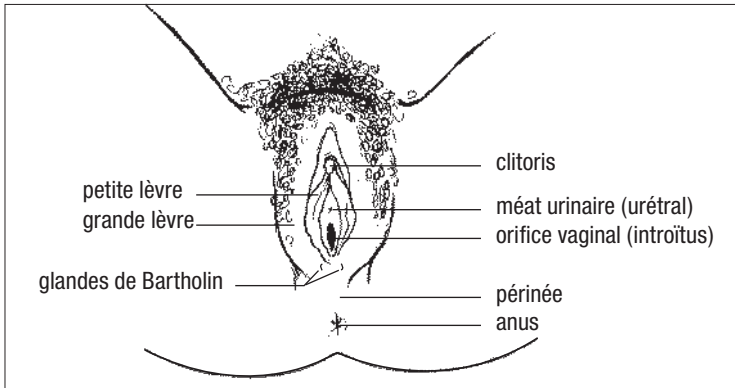
Anatomie du pelvis féminin

Une bonne compréhension de l'anatomie des structures du pelvis féminin aidera les agents de santé participant aux programmes de lutte contre le cancer du col à :

- accomplir leur travail, notamment le dépistage et le diagnostic ;
- interpréter les comptes rendus de laboratoire et de traitement, ainsi que les recommandations médicales des prestataires des niveaux de soins supérieurs ;
- informer les patientes et leurs familles de leur état de santé et planifier leur suivi ;
- communiquer de façon efficace avec les prestataires des autres niveaux de soins.

Organes génitaux externes

Figure 2.1 Organes génitaux externes de la femme

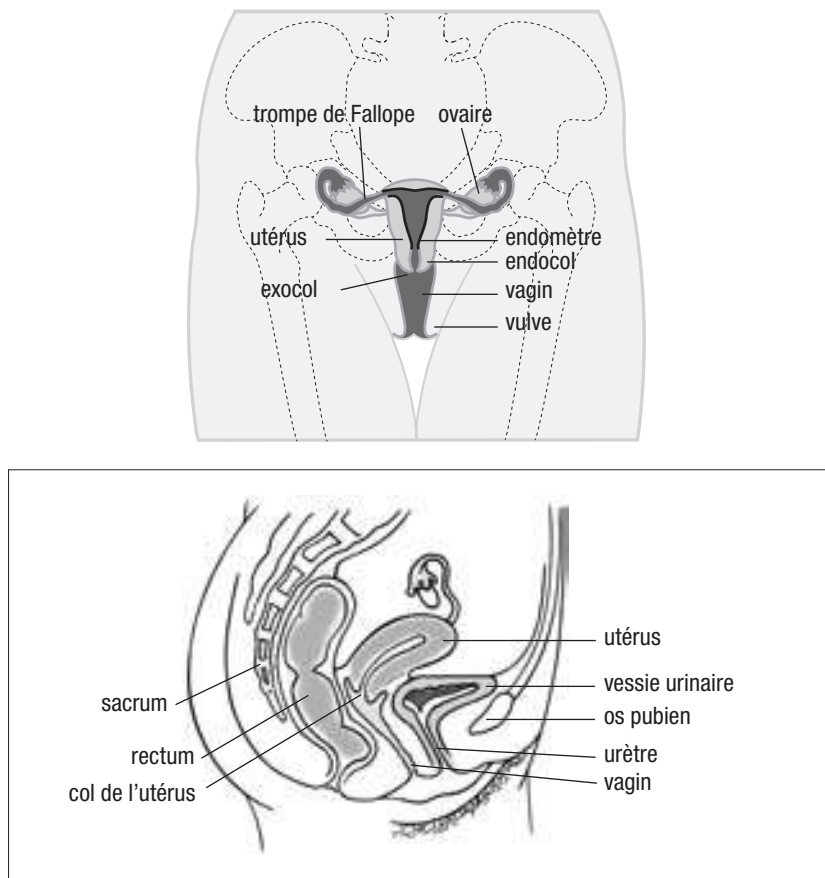


Comme l'illustre la Figure 2.1, les organes génitaux externes désignent les grandes lèvres et les petites lèvres, le clitoris, le méat urinaire (méat urétral) et l'orifice vaginal ou introïtus. On appelle périnée la région située entre l'anus et la vulve. Les glandes de Bartholin se trouvent de chaque côté de l'orifice vaginal.

Organes internes

Comme l'illustre la Figure 2.2, le vagin et l'utérus se situent en arrière et au-dessus de l'os pubien, entre la vessie et l'urètre en avant, et le rectum en arrière. Les uretères (petits tubes transportant l'urine du rein à la vessie) sont situés à proximité du col de l'utérus de chaque côté.

Figure 2.2 Vue de face et vue latérale des organes internes de la femme



Le vagin

Le vagin est un conduit fibromusculaire élastique s'étendant de l'introïtus au col de l'utérus. Ses parois intérieures forment de nombreux replis, lui permettant d'augmenter de volume lors des rapports sexuels et de l'accouchement. Les parois du vagin restent normalement en contact l'une contre l'autre. La partie basse du col (exocol) fait saillie dans l'extrémité supérieure du vagin et la zone vaginale qui l'entoure abrite les culs de sac antérieurs, postérieurs et latéraux.

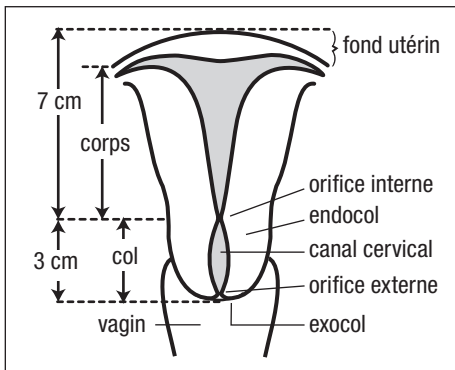
L'utérus et le col de l'utérus

L'utérus (ou matrice) est un muscle lisse creux, en forme de poire, aux parois épaisses. Il est soutenu par tout un ensemble de structures conjonctives : ligaments transverses, ligament utéro-sacré et ligament large (pli péritonéal enjambant la région entre l'utérus et les parois latérales de l'os pelvien et qui enveloppe les trompes de Fallope et les ligaments ronds). Les ovaires sont fixés au dos du ligament large. L'endomètre tapisse l'intérieur de la cavité utérine. Il s'agit d'un épithélium cylindrique (également appelé épithélium glandulaire) qui subit d'importants changements au cours du cycle menstruel. Quand il n'est pas distendu par une grossesse ou une tumeur, l'utérus mesure environ 10 cm de haut, du fond utérin (fundus) jusqu'au col.

Le col de l'utérus correspond au tiers inférieur de l'utérus. Il est constitué d'un tissu fibromusculaire dense (Figure 2.3) tapissé de deux types d'épithélium (voir ci-dessous). Il mesure 3 cm de long pour 2,5 cm de diamètre.

La partie inférieure du col (col extérieur ou exocol) s'avance dans le vagin ; elle est visible lors d'un examen au spéculum. Les deux tiers supérieurs du col (col intérieur ou endocol) sont situés au-dessus du vagin. Le canal cervical traverse le col en son milieu, depuis l'orifice interne (débouchant dans la cavité utérine) jusqu'à l'orifice externe

Figure 2.3 utérus d'une femme en âge de procréer



(débouchant dans le vagin) que l'on peut voir au centre du col, lors de l'examen au spéculum. L'orifice externe se présente en effet sous forme d'une petite ouverture circulaire chez les femmes nullipares. Il prend l'aspect d'une fente large et irrégulière, en forme de bouche, chez les femmes qui ont eu des enfants. L'utilisation d'un spéculum endocervical permet de voir la portion inférieure du canal endocervical.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques

Les artères qui alimentent l'utérus et le col sont issues des artères iliaques internes et de leurs branches utérines, cervicales et vaginales. Les branches cervicales descendent sur toute la longueur du col en position 3 heures et 9 heures. Il est important de s'en souvenir quand on utilise un anesthésique local pour éviter de l'injecter dans l'artère. Les veines du col cheminent parallèlement aux artères. Les canaux et les ganglions lymphatiques qui drainent les organes pelviens sont proches des vaisseaux sanguins et sont donc susceptibles de constituer une voie de dissémination du cancer. Dans les stades avancés du cancer, des tumeurs volumineuses peuvent parfois bloquer le drainage lymphatique et provoquer des oedèmes des membres inférieurs (lymphoedème).

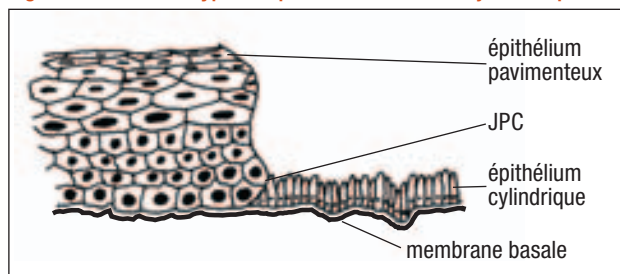
Les nerfs

L'exocol ne possède pas de terminaisons nerveuses, si bien qu'à ce niveau, le prélèvement de biopsies ou la cryothérapie sont parfaitement tolérés sans anesthésie. En revanche, l'endocol possède de nombreuses terminaisons nerveuses sensibles. Il est donc sensible aux stimuli douloureux, aux blessures et à l'étirement. Des réseaux de fibres nerveuses courent tout autour du col et s'étendent au corps de l'utérus. Le bloc paracervical est une technique d'anesthésie locale utilisée pour certains traitements, qui consiste à injecter un anesthésique en différents points, entre l'épithélium du col et le tissu vaginal. Il faut également signaler au niveau de l'endocol l'abondance de fibres sympathiques et parasympathiques, qui sont parfois à l'origine d'une réaction vasovagale (sueur, bradycardie et évanouissement), lors de l'insertion d'une curette endocervicale, par exemple.

Epithélium du col de l'utérus

Deux types d'épithélium tapissent la surface du col de l'utérus : épithélium pavimenteux (également appelé épithélium malpighien) et épithélium cylindrique (également appelé épithélium glandulaire) (Figure 2.4).

Figure 2.4 Les deux types d'épithélium du col et la jonction pavimento-cylindrique (JPC)



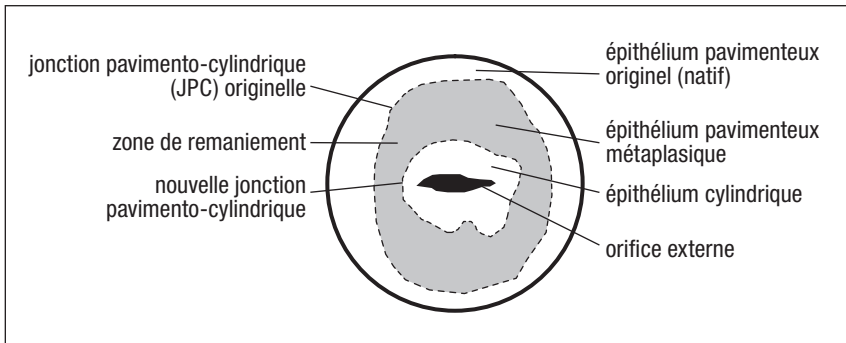
D'après : Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants*. Lyon, France, IARCPress, 2004.

L'épithélium pavimenteux stratifié est constitué de plusieurs couches de cellules de plus en plus plates. Il tapisse normalement la plus grande partie de l'exocol et du vagin. Il est opaque et de couleur rose pâle avant la ménopause. Sa couche inférieure (basale), constituée de cellules rondes, est fixée à la membrane basale qui sépare l'épithélium du stroma fibromusculaire sous-jacent. Après la ménopause, l'épithélium pavimenteux s'amincit (moins de couches cellulaires), il prend une couleur rose blanchâtre et devient plus fragile, donc plus sensible aux traumatismes, ce qui se traduit souvent par de petites hémorragies ou pétéchies.

L'épithélium cylindrique tapisse le canal endocervical et s'étend vers l'extérieur sur une portion variable de l'exocol. Il est constitué d'une seule couche de cellules hautes reposant sur la membrane basale. Cet épithélium est donc beaucoup plus mince que l'épithélium pavimenteux qui tapisse l'exocol. A l'examen au spéculum endocervical, il apparaît d'un rouge brillant.

La jonction pavimento-cylindrique originelle (JPC) se présente sous la forme d'une ligne étroite, marquée par une dénivellation à cause de la différence d'épaisseur entre les épithéliums pavimenteux et cylindrique. La localisation de la JPC originelle varie avec l'âge de la femme, son statut hormonal, le traumatisme provoqué par l'accouchement et l'utilisation ou non d'une contraception orale (Figures 2.5 et 2.6).

Figure 2.5 Zone de remaniement du col de l'utérus d'une femme en âge de procréer



D'après : Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants*. Lyon, France, IARCPress, 2004.

Métaplasie pavimenteuse et zone de remaniement

Lorsqu'il est exposé à l'acidité vaginale, l'épithélium cylindrique est progressivement remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié, constitué d'une couche basale de cellules polygonales dérivées des cellules de réserve sub-épithéliales. C'est ce processus physiologique normal de remplacement de l'épithélium cylindrique par un épithélium pavimenteux qui est appelé métaplasie pavimenteuse et qui donne naissance à une nouvelle JPC. Une fois arrivé à maturation, l'épithélium pavimenteux nouvellement formé ressemble beaucoup à l'épithélium pavimenteux originel. Toutefois, à l'examen visuel, la JPC nouvellement formée est différente de la JPC originelle. La zone de remaniement correspond à la région du col entre la JPC originelle et la nouvelle JPC, là où s'est produit la métaplasie pavimenteuse, c'est-à-dire là où l'épithélium cylindrique est, ou a été, remplacé par un épithélium pavimenteux (Figures 2.5 et 2.6).

Développement des lésions précancéreuses et du cancer

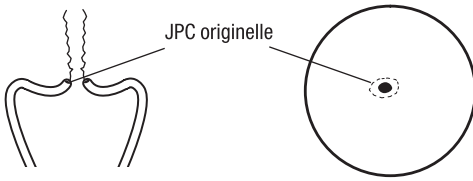
L'épithélium pavimenteux stratifié qui tapisse le col constitue une protection contre les substances toxiques et les infections. Dans des conditions normales, les couches supérieures se renouvellent sans cesse, assurant ainsi le maintien de l'intégrité de la couverture épithéliale, grâce à la formation constante et ordonnée de nouvelles cellules dans la couche basale. Cependant, en présence d'une infection à VPH persistante et autres cofacteurs, les cellules pavimenteuses métaplasiques de la zone de remaniement prennent un aspect anormal. On parle alors de lésion précancéreuse épidermoïde du col (dysplasie). Par la suite, ces cellules vont proliférer de façon désordonnée, typique d'une évolution cancéreuse, et conduire au carcinome cellulaire épidermoïde.

Au cours de la puberté, pendant la grossesse et chez les femmes utilisant une contraception orale, la zone de remaniement visible sur l'exocol s'élargit, augmentant ainsi la sensibilité à l'infection par le VPH, ce qui pourrait expliquer l'association entre carcinome cellulaire épidermoïde du col et rapports sexuels précoces, grossesses multiples et, à un moindre degré, l'utilisation prolongée d'une contraception orale. Quatre-vingt dix pour cent des cas de cancer du col sont des carcinomes cellulaires épidermoïdes qui débutent à partir de l'épithélium pavimenteux métaplasique de la zone de remaniement. Les 10% restants sont des adénocarcinomes qui débutent à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol.

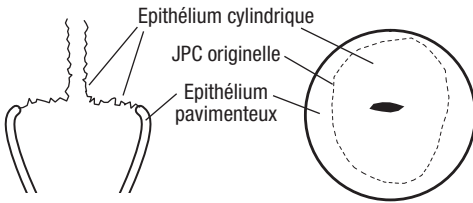
Figure 2.6 Processus de la métaplasie pavimenteuse

2

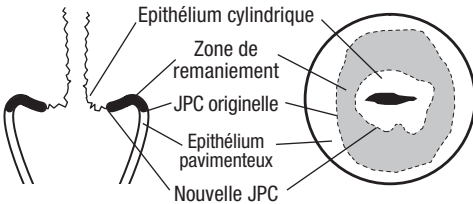
Chapitre 2 : Anatomie du pelvis féminin et histoire naturelle du cancer du col de l'utérus



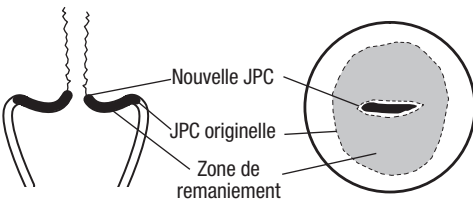
a. De la naissance jusqu'à la prépuberté : La jonction pavimento-cylindrique originelle est présente chez les filles dès la naissance. Elle se situe au niveau ou à proximité de l'orifice externe.



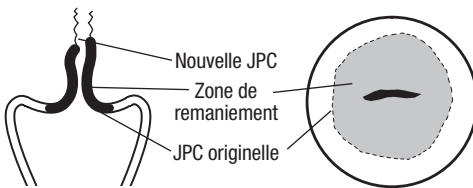
b. De la puberté au tout début de la période de reproduction : à la puberté, quand les ovaires commencent à sécréter des oestrogènes, le col augmente de volume, l'épithélium cylindrique de l'endocol et la JPC originelle deviennent alors visibles sur la partie extérieure du col.



c. Chez la femme d'une trentaine d'années : sous l'influence des oestrogènes, le processus normal de maturation, appelé métaplasie pavimenteuse, s'installe et les JPC originelle et nouvelle sont parfaitement visibles.



d. Chez la femme en péri-ménopause : avec l'âge, l'influence des oestrogènes diminue, le col rétrécit, si bien que l'épithélium cylindrique et la zone de remaniement se déplacent de l'exocol dans le canal endocervical.



e. Après la ménopause : en l'absence de stimulation oestrogénique, la JPC originelle est encore visible à l'examen au spéculum, mais la nouvelle JPC et une portion variable de l'épithélium métaplasique de la zone de remaniement se sont déplacées dans le canal endocervical.

HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Qu'est-ce que le cancer ?

« Cancer » est un terme utilisé pour désigner la prolifération maligne, autonome et anarchique de cellules. Une telle prolifération entraîne la formation de tumeurs qui peuvent envahir des organes voisins ou distants, en détruisant les tissus normaux et en rivalisant pour l'utilisation de l'oxygène et des nutriments. On parle de métastases quand de petits groupes de cellules se détachent de la tumeur originelle et sont transportés par voies sanguine et lymphatique vers des sites distants, pour y former de nouvelles tumeurs similaires à la tumeur originelle.

Développement du cancer du col

L'infection persistante ou chronique avec un ou plusieurs types de virus du papillome humain – dits à « haut risque » ou oncogéniques – est la principale cause de carcinome cellulaire épidermoïde. Les types de VPH oncogéniques les plus fréquents sont les types 16 et 18 que l'on retrouve dans 70% de tous les cas de cancer du col notifiés. Les autres types oncogéniques (31, 33, 45 et 58) sont moins courants et leur prévalence varie selon les régions géographiques. Les types de VPH à faible risque (6 et 11) ne sont pas associés au développement du cancer du col, mais sont à l'origine de verrues génitales. Les facteurs déterminants de l'infection par le VPH, à la fois chez l'homme et chez la femme, sont directement liés au comportement sexuel, à savoir : la précocité des rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels et si les partenaires ont eux-mêmes plusieurs partenaires sexuels. L'infection par des types de VPH à haut risque est plus fréquente chez les jeunes femmes, avec un pic de prévalence de 25–30% chez les moins de 25 ans. Dans la plupart des régions, cette prévalence décroît rapidement avec l'âge.

Si l'infection par des types de VPH à haut risque constitue la cause sous-jacente du cancer du col, la plupart des femmes infectées ne vont pas développer cette maladie pour autant. En effet, indépendamment du type viral, la plupart des infections VPH sont passagères et seul, un petit nombre vont persister et encore moins nombreuses sont celles qui déboucheront sur des lésions précancéreuses ou un cancer invasif du col. On ne comprend pas encore très bien quelles sont les conditions/cofacteurs qui font que l'infection à VPH persiste et évolue vers un cancer, mais il est probable que les facteurs ci-dessous ont leur rôle à jouer.

- Cofacteurs liés au VPH :
 - type viral ;
 - infection simultanée avec plusieurs types oncogéniques ;
 - quantité importante de virus (forte charge virale).

- Facteurs d'hôte :
 - statut immunitaire : chez les individus souffrant d'immunodéficience (comme celle provoquée par l'infection VIH), les infections à VPH ont plus souvent tendance à persister et le développement de lésions précancéreuses et cancéreuses est plus rapide ;
 - parité : le risque de cancer du col augmente avec une parité plus importante.
- Facteurs exogènes :
 - tabagisme ;
 - co-infection avec le VIH ou d'autres germes transmis sexuellement, comme le virus herpès simplex 2 (HSV-2), *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* ;
 - utilisation prolongée de contraceptifs oraux (> 5 ans).

Ce dernier cofacteur fait l'objet d'un intérêt particulier dans la mesure où limiter l'utilisation des contraceptifs oraux aurait un impact considérable sur le choix des femmes en matière de contraception et donc sur les taux de grossesses non désirées, d'avortements à risque et de mortalité maternelle. Un comité d'experts OMS a donc été convoqué pour examiner les faits et émettre des recommandations. Il a conclu que toutes les méthodes de contraception, y compris les CO, présentaient des risques et des avantages et qu'en ce qui concernait le cancer du col, les avantages des CO l'emportaient sur les risques, car le nombre de cancers du col résultant de leur utilisation était vraisemblablement très faible. Par conséquent, il ne faut pas empêcher ou décourager les femmes d'opter pour une contraception orale.

RECOMMANDATION

Il n'est pas nécessaire de limiter l'utilisation des contraceptifs hormonaux, en dépit de la légère augmentation du risque de cancer du col observée avec l'utilisation de contraceptifs oraux combinés.

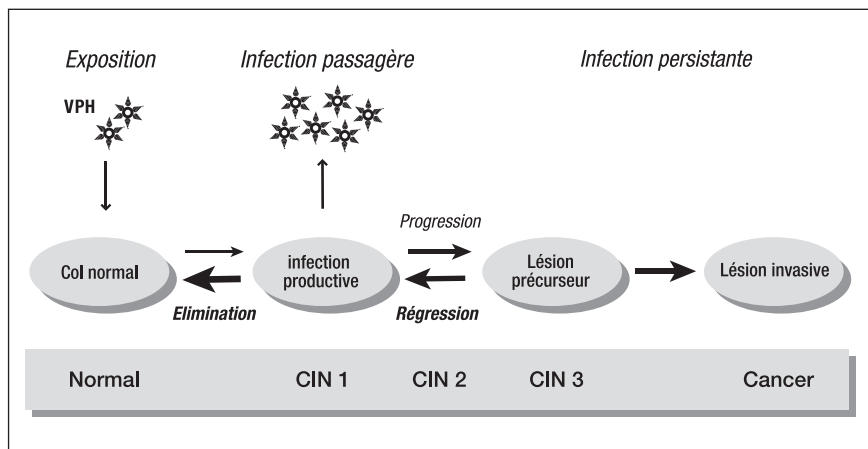
Histoire naturelle des lésions cervicales précancéreuses

Au cours de l'adolescence et au moment de la première grossesse, quand se produit la métaplasie pavimenteuse, l'infection par le VPH est susceptible d'induire des changements dans les cellules nouvellement formées, avec notamment l'incorporation de particules virales dans l'ADN cellulaire. Si le virus persiste, il peut ainsi interférer avec le contrôle normal de la multiplication cellulaire et être à l'origine de lésions précancéreuses et, plus tard, d'un cancer (Figures 2.7 et 2.8).

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

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

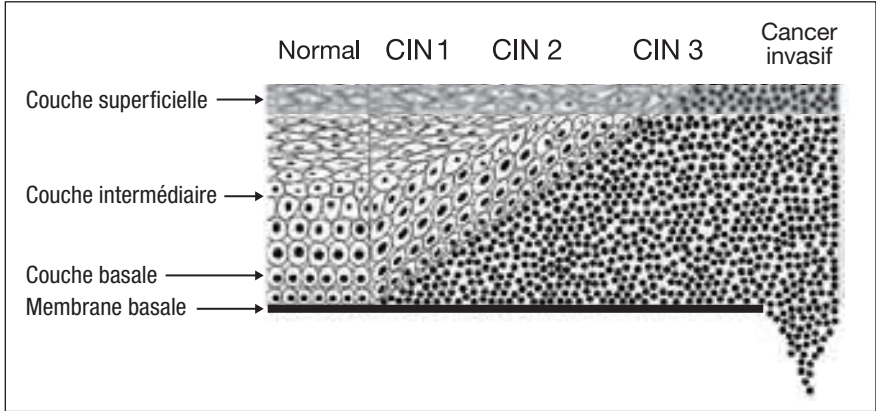
Figure 2.7 Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus



CIN : néoplasie cervicale intraépithéliale

D'après : *Cervix cancer screening*. Lyon, IARCPress, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).

Figure 2.8 Evolution de l'épithélium normal vers un cancer invasif



CIN : néoplasie cervicale intraépithéliale

Systèmes de classification des lésions cervicales précancéreuses

Il existe plusieurs systèmes de classification et de dénomination des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Ils s'appuient tous sur la cytologie et l'histologie (Tableau 2.1), mais certains sont plus utiles que d'autres parce qu'ils tiennent compte des connaissances acquises ces dernières décennies sur l'histoire naturelle de la maladie. Ainsi, le système de classification des néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN) fut conçu en 1968, afin de prendre en compte les différentes histoires naturelles associées aux différents degrés de dysplasie. Il est encore utilisé dans de nombreux pays pour le compte-rendu de la cytologie (examen microscopique d'un frottis), bien qu'au sens strict du terme, il devrait être utilisé uniquement pour le compte-rendu de l'histologie (examen microscopique d'échantillons tissulaires). Dans les années 1990, le National Cancer Institute des Etats-Unis a élaboré un autre système de classification, le système Bethesda, destiné uniquement au compte-rendu de la cytologie. Dans ce



système, les CIN 2 et 3 sont rassemblées en un seul groupe sous le terme de lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG), car il est en effet difficile, voire impossible, de les discerner d'un point de vue purement cytologique. La classification Bethesda de 2001 divise les cellules atypiques en deux catégories : les ASC-US (cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée) et les ASC-H (cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade). L'OMS recommande cette dernière classification pour le compte-rendu de la cytologie.

Tableau 2.1 Lésions précancéreuses du col de l'utérus : différentes terminologies employées pour le compte-rendu des résultats de la cytologie et de l'histologie

Classification cytologique (employée pour le dépistage)		Classification histologique (employée pour le diagnostic)	
Pap (frottis)	Système Bethesda	CIN	Classifications descriptives OMS
Classe I	Normal	Normal	Normal
Classe II	ASC-US ASC-H	Atypie	Atypie
Classe III	LIEBG	CIN 1, y compris condylome plan	Koïlocytose Dysplasie légère
Classe III	LIEHG	CIN 2	Dysplasie modérée
Classe III	LIEHG	CIN 3	Dysplasie sévère
Classe IV	LIEHG	CIN 3	Carcinome <i>in situ</i>
Classe V	Cancer invasif	Cancer invasif	Cancer invasif

CIN : néoplasie cervicale intraépithéliale ; LIEBG : Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade ; LIEHG : Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade ; ASC-US : cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée ; ASC-H : cellules épidermoïdes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade.

Trouve-t-on souvent des anomalies lors du dépistage ?

Le nombre de lésions précancéreuses du col détectées dans une population dépend de plusieurs critères :

- la prévalence de la maladie dans la population ;
- le groupe d'âge dépisté (s'il contient beaucoup de jeunes femmes, on détectera davantage de LIEBG) ;
- le statut antérieur des femmes à l'égard du dépistage (si les femmes bénéficient d'un dépistage régulier, on détectera moins de LIEHG) ;
- la prévalence du VIH dans la population dépistée (davantage de lésions précancéreuses quand la prévalence du VIH est élevée).

Dans une population de femmes âgées de 25 à 65 ans, n'ayant jamais bénéficié d'un dépistage, les pourcentages de résultats anormaux seront vraisemblablement de :

- 3 à 10% de LIEBG ;
- 1 à 5% de LIEHG ;
- 0,2 à 0,5% de cancer invasif.

Histoire naturelle du cancer invasif du col

On parle de cancer invasif quand des cellules anormales envahissent l'épaisseur du tissu conjonctif fibreux, sous-jacent à la membrane basale. Le processus débute par un stade microinvasif, invisible à l'œil nu lors de l'examen au spéculum et qui ne peut être diagnostiqué qu'après examen histologique d'un échantillon de tissu provenant d'une biopsie par conisation ou d'une hystérectomie. Le stade microinvasif évolue ensuite vers des lésions plus importantes qui peuvent s'étendre au vagin, aux parois pelviennes, à la vessie, au rectum et aux organes distants. S'il n'est pas traité, le cancer du col évolue de façon tout à fait prévisible et l'issue en sera presque toujours fatale. On utilise généralement le système de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) pour déterminer l'étendue d'un cancer invasif et choisir les options de traitement appropriées (voir Chapitre 6).

Quatre voies, généralement séquentielles, participent au processus de progression du cancer invasif. En règle générale, la maladie est limitée au pelvis pendant une longue période durant laquelle elle peut être traitée.

1. **Propagation à l'intérieur du col.** Propagation à partir d'un minuscule point de cancer microinvasif qui peut affecter le col tout entier. Dans certains cas, le diamètre du col augmente jusqu'à atteindre 8 cm ou plus. Le cancer peut se manifester par une tumeur ulcéreuse, exophytique (bourgeonnante) ou infiltrante (invasion en profondeur).

2. **Propagation aux structures voisines.** La propagation directe peut avoir lieu dans toutes les directions : vers le bas, dans le vagin ; vers le haut, dans l'utérus ; sur les côtés, dans le paramètre (tissus soutenant l'utérus dans le pelvis) et les uretères ; en arrière, vers le rectum ; et en avant, vers la vessie.
3. **Propagation par voie lymphatique.** Quand le cancer reste limité au col, il y a dissémination aux ganglions lymphatiques de la région pelvienne dans seulement 15% des cas. Ce pourcentage augmente avec l'extension de la tumeur. Les métastases lymphatiques sont d'abord limitées à la région pelvienne, avant d'affecter plus tard la chaîne ganglionnaire le long de l'aorte pour atteindre finalement les fosses supraclaviculaires (espace au-dessus de la clavicule). Si le cancer s'est étendu au tiers inférieur du vagin, les ganglions inguinaux sont parfois touchés ; ils enflent et deviennent palpables.
4. **Métastases à distance.** Le cancer du col peut se propager par voies sanguine et lymphatique pour former des métastases à distance dans le foie, les os, les poumons et le cerveau.

Cancer du col et infection par le virus de l'immunodéficience humaine

L'immunodéficience, provoquée par l'infection à VIH ou pour d'autres raisons (utilisation de médicaments anti-rejet après une greffe), pose des problèmes particuliers. En effet, chez les femmes infectées par le VIH, on observe :

- une prévalence plus élevée d'infections à VPH, le risque d'infection augmentant avec le degré d'immunodéficience ;
- une prévalence plus élevée d'infections persistantes et d'infections simultanées avec plusieurs types de VPH à haut risque ;
- un risque plus important de lésions précancéreuses du col qui augmente avec le degré d'immunodéficience et qui peut être 2 à 6 fois supérieur à celui des femmes séronégatives ;
- un risque accru de développer un cancer du col ;
- un diagnostic de cancer invasif du col posé 10 ans plus tôt que la moyenne ;
- un plus grand nombre de femmes qui consultent quand la maladie est déjà à un stade avancé et que le pronostic est mauvais.

On ne sait toujours pas si une thérapie antirétrovirale très active (HAART) exerce un effet significatif sur l'histoire naturelle des lésions intraépithéliales épidermoïdes chez les femmes séropositives pour le VIH.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE

- Berek JS et al., eds. *Novak's textbook of gynecology*, 12th ed. Baltimore, MD, Lippincott, Williams & Wilkins, 1996.
- CIRC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARCPress, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).
- Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, eds. *Gynecology*, 3rd ed. Edimbourg, Churchill Livingstone, 2003.
- Tavassoli FA, Devilee P, eds. *Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs*. Lyon, IARCPress, 2003 (WHO Classification of Tumours).
- OMS. *Cervical cancer screening in developing countries*. Compte rendu d'une consultation OMS. Genève, 2002.

3

CHAPITRE 3 : PROMOTION DE LA SANTE : PREVENTION, EDUCATION A LA SANTE ET CONSEIL

CHAPITRE 3 : PROMOTION DE LA SANTE : PREVENTION, EDUCATION A LA SANTE ET CONSEIL

Points essentiels

- La promotion de la santé englobe l'éducation et le conseil et s'adresse aussi bien aux femmes qu'aux hommes ; elle doit faire partie intégrante de tous les programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- L'éducation à la santé vise à faire comprendre aux femmes, ainsi qu'à leur entourage et à la communauté en général, que le cancer du col peut être évité.
- Les messages d'éducation à la santé à propos du cancer du col doivent être le reflet de la politique nationale ; ils doivent être adaptés aux traditions culturelles et être pertinents aux différents niveaux de soins.
- Il faut former les agents de santé à parler de sexualité en toute objectivité et à aborder les problèmes de comportement par rapport au cancer du col et au VPH.
- L'intimité et la confidentialité sont des composantes essentielles de la qualité du conseil.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Ce chapitre traite de l'intérêt d'intégrer la promotion de la santé aux actions de lutte contre le cancer du col, par le biais de l'éducation à la santé, de la prévention primaire et du conseil. Ces trois stratégies diffusent des messages similaires et nécessitent de réelles compétences en matière de communication. Ce chapitre présente les principaux messages destinés à promouvoir les changements de comportement. Il passe également en revue les preuves en faveur de l'efficacité des préservatifs et des vaccins dans la lutte contre le VPH. En fin de chapitre, les fiches pratiques (FP) récapitulent les messages clés qu'il convient d'inclure dans l'éducation à la santé sur le cancer du col et le VPH. Elles offrent des réponses aux questions les plus fréquemment posées (QFP) sur le cancer du col et indiquent comment faire participer les hommes à la prévention de cette maladie. Elles contiennent également des informations complémentaires utiles dans le cadre du conseil.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé, à l'échelle de l'individu et de la société, constitue un élément déterminant des programmes de santé, dans la mesure où elle aide les gens à comprendre et à réduire leur risque individuel de maladie, en évitant les comportements à risque et en adoptant des modes de vie plus sains. Dans de nombreux pays, la prévention tient habituellement un rôle secondaire, derrière les soins curatifs, mais elle prend

progressivement une place plus importante. Il convient donc de poursuivre les efforts dans ce sens grâce aux différents moyens de promotion de la santé. Trois stratégies sont particulièrement utiles dans le cadre du cancer du col : prévention primaire (de l'infection par le VPH), éducation à la santé et conseil.

ROLE DES PRESTATAIRES DE SOINS

Il faut absolument dispenser au sein de la communauté et des structures de soins une information correcte sur le cancer du col, pour sensibiliser le public et réduire la morbidité et les décès associés à cette maladie. Par conséquent, quel que soit leur cadre de travail et le niveau de soins auquel ils exercent, tous les agents de santé doivent être capables de donner aux femmes et aux hommes des renseignements corrects et cohérents sur le cancer du col, les moyens de l'éviter, l'intérêt de son dépistage, ainsi que la signification et la prise en charge de toute anomalie détectée. Pour cela, ils doivent utiliser un langage adapté à leur auditoire qui corresponde également à leur fonction et à leur formation. Ils doivent aussi s'assurer que l'information est parfaitement comprise par les femmes et leur entourage, remettre régulièrement à jour leurs connaissances et améliorer leurs compétences en matière de communication.

Ce dernier point est particulièrement important dans la mesure où la connaissance est certes nécessaire pour modifier les comportements, mais pas suffisante. Il est en effet plus facile d'obtenir des changements de comportement, si les prestataires de soins aident les femmes à évaluer leur propre risque de maladie pour leur permettre de le réduire. Ils doivent donc faire preuve d'un solide sens de la communication pour éduquer et conseiller les femmes et aider celles du groupe cible à comprendre la nécessité du dépistage, du suivi et du traitement. Enfin, lorsqu'un cancer est diagnostiqué, les prestataires de soins sont également chargés d'informer la patiente de la nature et du pronostic de sa maladie.

L'éducation à la santé peut être dispensée aussi bien en groupe qu'en consultation individuelle. Elle ne prend pas beaucoup de temps, si les messages ont été préparés en des termes simples et explicites.

PREVENTION DE L'INFECTION PAR LE VPH

Le VPH est un virus courant qui se transmet par contact rapproché, notamment lors d'un contact sexuel pénétrant ou non. Une forte proportion d'hommes et de femmes sont infectés par le VPH à un moment ou un autre de leur vie. S'abstenir de contact génital « peau à peau » et de rapport sexuel est le seul moyen d'éviter à coup sûr l'infection par le VPH. Toutefois, des changements de comportement sexuel (utilisation de préservatifs, retarder l'âge des premiers rapports) offrent une certaine protection contre les infections à VPH.

Utilisation du préservatif

Les préservatifs n'offrent qu'une protection partielle contre la transmission du VPH, car le virus peut être présent sur des zones non protégées par le préservatif, comme la vulve et le périnée chez la femme, le scrotum, chez l'homme, la région périanale et l'anus chez l'homme et la femme.

Toutefois, l'utilisation correcte et régulière de préservatifs présentent des avantages importants :

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

L'utilisation du préservatif contribue à réduire le risque de développement des maladies liées à l'infection par le VPH, parce qu'elle diminue à la fois la quantité de virus transmis et la probabilité de réexposition. Comparés aux préservatifs masculins, on ne sait toujours pas si les préservatifs féminins (qui recouvrent une partie de la vulve) offrent une protection identique ou meilleure contre le VPH.



Préservatifs

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

L'avenir : la vaccination contre le VPH

Puisque la plupart des individus sont exposés au VPH quand ils commencent à avoir des rapports sexuels, l'idéal serait de prévenir l'infection en vaccinant avant l'exposition au virus, c'est-à-dire avant le début de l'activité sexuelle. Le vaccin doit au moins protéger contre les types de VPH à haut risque les plus fréquents (16 et 18), et de préférence contre tous les types à haut risque. Des résultats prometteurs ont été récemment obtenus avec des vaccins candidats, conçus pour protéger contre les infections à VPH 16 et 18. Toutefois, il reste encore beaucoup de questions et de préoccupations programmatiques à aborder, avant qu'un vaccin ne puisse être réellement utilisé. Il est par exemple très important d'assurer un accès équitable aux vaccins

VPH, de façon à obtenir une forte couverture de tous les adolescents, avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs.

D'autre part, il faudra attendre plusieurs décennies après l'introduction d'un vaccin VPH pour connaître son impact sur l'incidence du cancer du col. Il sera donc nécessaire de poursuivre le dépistage à grande échelle, même après la mise en place d'un programme de vaccination contre le VPH, non seulement pour évaluer le pourcentage de lésions du col dans la population non vaccinée et précédemment infectée, mais aussi pour surveiller et évaluer les progrès par rapport aux objectifs du programme de vaccination.

Prévention et cofacteurs potentiels

Les adultes et les adolescents doivent être informés des différents facteurs de risque associés au développement du cancer du col chez les femmes infectées par le VPH (multiplicité des partenaires sexuels, précocité des premiers rapports sexuels, tabagisme) (voir Chapitre 2). Même si on ne comprend pas encore très bien les rôles de ces cofacteurs, les agents de santé doivent élaborer des stratégies pour aller au-devant des individus et des communautés, diffuser l'information et donner des conseils afin de modifier les comportements à risque (diminution du nombre de partenaires sexuels, arrêt du tabagisme, retarder l'âge du premier rapport sexuel et utilisation de préservatifs). Le risque de cancer du col augmente également chez les femmes qui prennent une contraception orale pendant plus de 5 ans. Cependant, ce risque est très faible et les avantages de la contraception orale (prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque) le compensent largement. Il n'est donc pas nécessaire de limiter l'utilisation des contraceptifs hormonaux.

EDUCATION A LA SANTE

L'éducation à la santé consiste à communiquer à un individu ou à un groupe d'individus, une information générale et des messages actualisés sur les changements de comportement, en des termes simples et compréhensibles par tous. Les messages doivent donc utiliser un vocabulaire adapté au contexte local et culturel. Ils doivent être préparés en collaboration avec la communauté et en accord avec les directives nationales. Dans tous les cas, il est important que le thème central des messages reste le même, indépendamment de l'endroit où ils sont diffusés, par qui et à qui ils sont délivrés. L'éducation à la santé ne



Education à la santé

doit pas constituer un événement isolé. Ce doit être au contraire une activité permanente qui exige un effort constant de la part des responsables et des prestataires de soins pour maintenir leurs connaissances à jour.

L'éducation à la santé est indispensable pour assurer une couverture de dépistage optimale, ce qui augmentera en retour l'impact du programme. Il faut en effet éduquer les populations pour vaincre certains obstacles au dépistage du cancer du col. Ainsi, de nombreuses études ont montré que les femmes ne participent pas aux programmes de dépistage parce qu'elles ignorent tout des risques de cancer du col et des avantages du dépistage pour la prévention et la détection précoce de cette maladie. Les femmes qui vivent dans les pays en développement et en milieu rural, n'ont parfois jamais entendu parler du cancer du col ou des tests de dépistage. Et quand elles en ont entendu parler, elles s'imaginent à tort qu'un test positif signifie forcément qu'elles ont un cancer ou qu'elles vont mourir. En réalité, les idées fausses et les croyances à propos du cancer ne font que refléter l'angoisse des femmes face à la découverte d'une maladie dont elles ont entendu dire qu'elle était fatale. Il faut également tenir compte du stigma qui entoure très souvent les maladies de l'appareil génital, en particulier les IST et notamment l'infection par le VPH. Enfin, certaines femmes préfèrent ne pas solliciter les services de dépistage, parce que l'examen gynécologique les gêne ou leur fait peur, ou bien parce qu'elles craignent pour le respect de leur vie privée et de la confidentialité. Il est possible de surmonter ces peurs et ces idées fausses, en expliquant aux femmes en quoi consistent l'examen gynécologique et le dépistage. Si l'information est ensuite relayée par des soins compétents et respectueux, les femmes seront enclines à revenir et à encourager les membres de leur entourage à utiliser les services de dépistage.



QFP

RECOMMANDATION

L'éducation à la santé doit faire partie intégrante de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

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

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

Dans le cadre des programmes de lutte contre le cancer du col, l'éducation à la santé consiste à :

- informer les gens sur le cancer du col, ses causes et son histoire naturelle ;
- promouvoir le dépistage chez les femmes du groupe cible ;
- expliquer les signes et les symptômes associés au cancer du col et encourager les femmes à solliciter des soins s'ils se manifestent ;
- combattre l'ignorance, la peur, la honte et le stigma qui entourent le cancer du col.



Education à la santé

Comment dispenser l'éducation à la santé

- Il faut préparer des messages qui abordent les craintes et les idées fausses les plus courantes, ainsi que le stigma qui entoure les IST.
- Les prestataires de soins doivent faire l'effort de surmonter leur propre gêne quand il s'agit de parler de sexualité et d'affections génitales.
- Les prestataires de soins doivent donner des informations précises, avec tact et objectivité.
- Les réponses aux questions fréquemment posées doivent être préparées en consultation avec la communauté et en harmonie avec les croyances et les pratiques locales.
- Le fait que le cancer du col soit associé à une infection transmise sexuellement soulève des questions délicates auxquelles les prestataires de soins doivent se préparer à répondre. La Fiche Pratique 2 contient quelques exemples de questions et de réponses.



QFP

Où l'éducation à la santé peut-elle avoir lieu ?

L'information sur le cancer du col peut être dispensée au sein des structures de soins ou de la communauté, par différentes catégories de personnel : médecins, infirmières, éducateurs sanitaires, aides-soignantes, « assistants médicaux », conseillers et agents de santé communautaires. Les chefs de communauté et les guérisseurs traditionnels peuvent également assurer l'éducation à la santé, s'ils sont formés aux principaux messages formulés par les autorités sanitaires.

Education à la santé au sein des structures de soins

Il est possible de diffuser l'information dans les salles d'attente au moyen d'affiches, de vidéos, de brochures et de discussions sur le thème de la santé. Les messages doivent être pertinents. Pour cela, il faut qu'ils soient systématiquement conçus et

pré-testés, en tenant compte du public particulier auquel ils vont s'adresser. Pour ce qui est du cancer du col, il est possible d'insérer les messages dans les discussions sur les thèmes des soins prénatals et post-natals, de la planification familiale, du SIDA et des IST. Lorsqu'ils s'adressent à des groupes constitués majoritairement de jeunes femmes, à faible risque pour le cancer du col, les messages seront simplement destinés à informer le groupe et à promouvoir le dépistage chez les femmes appartenant à la tranche d'âge cible. Dans tous les cas, il faut posséder de bonnes compétences en matière d'éducation des adultes pour diffuser les messages de façon efficace.

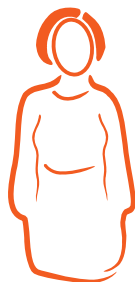
Il faut également transmettre à chaque femme qui se présente dans une structure de soins des messages individuels, adaptés à son âge et à ses facteurs de risque. Par exemple, une femme de plus de trente ans qui consulte pour une IST et qui n'a jamais subi un test de dépistage, devra recevoir non seulement l'éducation et les soins appropriés à ses symptômes, mais aussi une information concernant le cancer du col. Si le test de dépistage ne peut pas être pratiqué immédiatement, elle devra être vivement incitée à revenir se présenter au plus tôt pour un test de dépistage. En revanche, une adolescente qui vient consulter le planning familial recevra une information plus générale. On lui expliquera qu'elle n'a pas besoin de se faire dépister avant l'âge de 25–30 ans et on l'encouragera à parler aux femmes plus âgées de sa famille de la nécessité du dépistage.

On peut proposer le dépistage à toutes les femmes à risque qui sollicitent des services médicaux pour elles-mêmes ou leurs enfants. De plus, tout le personnel travaillant dans un établissement de soins, et pas seulement le personnel soignant, peut également être invité à participer à cette action éducative. Ainsi, les agents d'entretien et les chauffeurs pourront renseigner les femmes sur le lieu et les horaires des services de dépistage ; les réceptionnistes pourront être formées pour répondre aux questions concernant l'âge recommandé pour le dépistage, la nature du procédé utilisé, et pour aider les femmes à obtenir davantage de renseignements.

Éducation à la santé au sein de la communauté

L'éducation à la santé au sein de la communauté peut avoir lieu lors de rassemblements communautaires ou religieux, lors d'activités scolaires et sportives, à l'occasion des journées de promotion de la santé ou d'une campagne de dépistage. Divers membres de la communauté peuvent être habilités à délivrer les principaux messages : professionnels de la santé, professeurs, chefs de communauté, promoteurs de la santé, guérisseurs traditionnels et sages-femmes. Les imprimés, les messages radiophoniques et télévisés, les articles de journaux, les affiches et les brochures sont autant de moyens de toucher les gens au sein de la communauté. Il existe donc différents types d'approche adaptés au public et à l'environnement pour éduquer la communauté sur le cancer du col et l'intérêt du dépistage, mais dans tous les cas, le contenu des messages doit rester le même.

ANECDOTE ³



Dawn, une femme kenyane de 32 ans, n'était pas malade. En réalité, elle était en pleine forme. Peu de temps auparavant, l'annonce faite par un agent de santé à l'occasion d'un enterrement l'avait beaucoup intéressée. Il avait parlé d'une maladie qui touchait les femmes : le cancer du col de l'utérus, et qui pouvait être évitée. Cependant, si la maladie n'était pas détectée assez tôt pour être soignée, on pouvait en mourir.

L'agent de santé communautaire donna sa carte à Dawn et lui indiqua l'endroit où elle pourrait faire un test de dépistage du cancer du col. « Je ne sais pas pourquoi, mais j'ai senti qu'il était important pour moi d'y aller et de savoir si je n'avais rien, parce qu'après tout, je pourrais toujours obtenir de l'aide ». Deux semaines plus tard, Dawn apprenait que son test était négatif, ce qui signifiait que tout était normal. « J'étais vraiment soulagée ». A présent, Dawn sait qu'il lui suffit de retourner faire un autre test de dépistage dans trois ans. Et comme on s'est si gentiment occupé d'elle et qu'elle a appris beaucoup de choses, Dawn s'est mise à parler de son expérience autour d'elle. Beaucoup de femmes qui l'ont écoutée ont suivi ses conseils et sont allées faire un test de dépistage, même si elles ne présentaient aucun symptôme. Deux d'entre elles ont confié à Dawn qu'elles étaient soignées pour des lésions précancéreuses et qu'ainsi, elles n'auraient pas de cancer. Dawn est heureuse d'aider les autres. « Personne ne doit mourir, quand il existe une chance de vivre plus longtemps », dit-elle.



Atteindre les hommes

Comme pour tout ce qui touche à la santé génésique, dans la mesure où les comportements sexuels à risque des hommes constituent également un facteur de risque pour leurs partenaires, il est essentiel d'aller au-devant d'eux, dans un cadre médical ou communautaire, pour leur transmettre les messages sur la prévention du cancer du col, la transmission sexuelle du VPH et combien il est important qu'ils



A l'attention des hommes

³ D'après : Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives : experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, 2004.

encouragent leurs partenaires à se faire dépister et traiter si nécessaire. Il faut donc intégrer ces messages à ceux concernant la prévention des IST et du VIH, diffusés dans tous les lieux où les hommes viennent solliciter des soins. Enfin, il faut que les préservatifs soient largement disponibles.

CONSEIL

Le conseil consiste en un échange d'information individuel et confidentiel, au cours duquel le conseiller aide la patiente à prendre des décisions et à s'y conformer. Le conseil exige un solide sens de la communication et de l'écoute, ainsi qu'une bonne connaissance du sujet discuté. Tous les agents de santé doivent être formés aux techniques de conseil pour pouvoir communiquer efficacement avec les patientes.



Conseil

Pour que le conseil aide réellement la patiente à prendre des décisions, il faut :

- une relation de confiance mutuelle entre la patiente et le conseiller ;
- la transmission dans les deux sens d'une information pertinente, précise et complète.

La teneur du conseil varie en fonction du problème ou des inquiétudes de la patiente et de sa situation individuelle. Le conseil peut ainsi couvrir la prévention, le dépistage, le suivi, l'orientation, le diagnostic, le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif du col. Par ailleurs, il peut aider les patientes et leurs familles à affronter un diagnostic de cancer invasif au stade terminal. Le conseil s'adresse avant tout à la patiente, mais il peut également s'adresser à son partenaire et à d'autres membres de son entourage, surtout quand il s'agit de prendre des décisions importantes, en cas de maladie grave ou de traitement onéreux. Un bon conseiller doit savoir communiquer avec les mots et sans les mots. Il doit être capable de mettre à l'aise la patiente, en la rassurant, en lui montrant qu'il comprend ce qu'elle ressent et qu'elle peut compter sur lui pour l'aider à se soigner. Les agents de santé impliqués dans la lutte contre le cancer et qui sont en contact direct avec des femmes, sont amenés à prodiguer des conseils, dont la profondeur et la teneur varient en fonction non seulement de la situation et des attentes de la patiente, mais aussi en fonction de leur catégorie professionnelle et du niveau de soins auquel ils exercent. Dans tous les cas, le conseil doit être structuré de telle sorte qu'il permette d'éduquer la femme, de lui expliquer les résultats du dépistage, de lui présenter les différents traitements et de discuter du suivi dont elle pourrait avoir besoin. A l'issue du conseil, la patiente disposera ainsi de tous les éléments nécessaires pour décider en toute connaissance de cause.

Qui a besoin de conseils ?

Le conseil s'adresse à toutes les femmes qui doivent décider d'avoir ou non recours à un service médical, de même qu'à toutes celles qui ont déjà choisi d'y avoir recours, mais qui veulent en connaître les détails et les conséquences sur leur santé immédiate et future. La Fiche Pratique 4 contient quelques directives en matière de conseil.

Intimité et confidentialité

Il faut préserver l'*intimité*, en dispensant le conseil dans un endroit discret, sans risque pour la femme et le conseiller d'être vus ou entendus, à l'exception des personnes autorisées par la patiente. Il est également indispensable de préserver la *confidentialité*, ce qui signifie que rien de ce qui est dit au cours d'une consultation ou décelé lors d'un examen ne doit être révélé à qui que ce soit, sans autorisation préalable.

L'intimité et la confidentialité sont capitales pour le conseil, comme dans tous les autres aspects des services de soins. Mais en ce qui concerne le cancer du col, ces éléments sont d'autant plus importants qu'il s'agit de la région génitale et qu'un examen gynécologique est parfois nécessaire, ce qui renforce le côté embarrassant de la situation pour la patiente. Si celle-ci a l'impression que son intimité n'est pas respectée ou que le prestataire de soins porte sur elle un regard critique/réprobateur ou qu'il pourrait manquer de discrétion, elle peut très bien choisir de taire un renseignement important ou de se rendre dans un autre établissement plus éloigné, voire même de ne plus solliciter des soins.

- Veiller à ce que personne ne puisse voir ou entendre ce qui se passe pendant les consultations, le conseil et les examens médicaux.
- Préserver la confidentialité : cela réclame des efforts, notamment dans les structures de soins à l'espace réduit ou qui reçoivent beaucoup de monde.
- Classer les formulaires et les dossiers en lieu sûr, là où seul le personnel autorisé peut les consulter.
- Éviter de parler des patientes avec d'autres membres du personnel médical, aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'en dehors.
- Traiter les patientes avec respect, indépendamment de leur âge, de leur maladie, de leur mode de vie et de leur statut marital ou socio-économique.
- Lorsque le prestataire de soins connaît des voisins ou des proches de la patiente, il doit faire d'autant plus attention à la rassurer, en ce qui concerne le respect de la confidentialité.

EDUCATION A LA SANTE ET CONSEIL AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE SOINS

3

Chapitre 3 : Promotion de la santé : prévention, éducation à la santé et conseil

Au sein de la population



- Repérer les lacunes des connaissances sur le cancer du col, les mythes et les attitudes négatives qui prévalent dans la communauté.
- Préparer des messages clés pour l'éducation à la santé et le conseil en matière de prévention du cancer du col.
- Organiser des discussions sur le thème de la santé adaptées à l'auditoire (jeunes gens, hommes, femmes de tous âges) et dans des lieux différents.
- Distribuer des matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC).
- Conseiller individuellement les femmes sur le cancer du col, sa prévention, son dépistage et son traitement (en fonction des attentes de chacune).

Au dispensaire



- Saisir toutes les occasions pour dispenser aux groupes de patientes l'information et l'éducation et promouvoir les changements de comportement.
- Conseiller individuellement les femmes et les hommes, ainsi que les couples, sur la prévention du cancer du col et son dépistage.
- Promouvoir le dépistage des femmes du groupe d'âge cible, dans les salles d'attente, les consultations externes et au sein de la communauté.
- Former et aider les agents de santé communautaires et les bénévoles à éduquer la communauté. Veiller à ce qu'ils utilisent bien les messages convenus.

A l'hôpital de district



- Eduquer et conseiller les femmes dans les salles d'attente, les consultations externes et les différents services, sur le cancer du col, sa prévention et sa détection précoce.
- Promouvoir le dépistage en toutes occasions, y compris lors d'activités au sein de la communauté.
- Former et superviser le personnel hospitalier ; soutenir l'éducation au sein de la communauté et des dispensaires, en veillant à ce que les messages concernant la prévention du cancer du col soient pertinents.

A l'hôpital central



Toutes les activités assurées par l'hôpital de district, avec en plus :

- Préparer des matériels d'information et d'éducation simples et explicites, destinés aux patientes et à leurs familles, concernant le diagnostic du cancer du col, son traitement et les soins palliatifs.
- Informer et éduquer les dirigeants et les décideurs sur le cancer du col, les conséquences pour la santé au sein de la population, son coût pour le système, ainsi que le rapport coût-bénéfice si des actions organisées sont entreprises pour le prévenir et le dépister.

Messages dans le cadre du conseil

Les agents de santé communautaires et autres prestataires de soins peuvent renseigner individuellement les femmes qui viennent les consulter sur :

- le groupe ciblé pour le dépistage du cancer du col ;
- le test de dépistage utilisé, son déroulement et ce qu'il peut révéler ;
- en quoi consistent un examen gynécologique et un test de dépistage, où et quand y avoir accès.

Ils peuvent également :

- aider les femmes à surmonter leur réticence à subir un examen gynécologique ;
- insister sur la nécessité de revenir au dispensaire chercher leurs résultats ou bénéficier d'un suivi ;
- leur expliquer qu'elles recevront tous les détails sur les procédures médicales et qu'elles pourront accepter ou refuser de les subir en toute connaissance de cause (consentement éclairé) ;
- leur préciser qu'elles peuvent venir accompagnées si elles le souhaitent.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE

- ACCP. *Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs : a manual for managers*. Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Bradley J et al. *Whole-site training : a new approach to the organization of training*. New York, Association for Voluntary Surgical Contraception, 1998 (AVSC Working Paper, No. 11 ; www.engenderhealth.org).
- Burns A et al. *Where women have no doctor : a health guide for women*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.
- *Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- *GATHER guide to counselling*. Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1998 (Population Reports, Series J, No. 48 ; www.jhuccp.org).
- Hubley J. *Communicating health : an action guide to health education and health promotion*. Londres, Macmillan, 1993.
- *Prevention and management of reproductive tract infections (RTIs) : the comprehensive reproductive health and family planning training curriculum*. Watertown, MA, Pathfinder International, 2000.
- OMS. *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles*. Genève, 2005.
- *Working with men*. New York, EngenderHealth, 2005 (<http://www.engenderhealth.org/ia/www/index.html>) [resources for male involvement in reproductive health programmes].

FICHE PRATIQUE 1 : EDUCATION A LA SANTE

FP1

Cette Fiche Pratique propose les principaux messages validés, susceptibles de susciter des changements de comportement et de réduire ainsi le risque de cancer du col de l'utérus.

Pour être un éducateur de santé efficace en matière de cancer du col :

- Vous devez posséder une connaissance actualisée du cancer du col et un solide sens de la communication.
- Vous devez transmettre des messages pertinents sur le cancer du col, adaptés au niveau d'éducation et aux traditions culturelles de l'auditoire.
- Vous devez être à l'aise pour parler de sexualité et des comportements qui augmentent le risque d'infection à VPH et de cancer du col.
- Vous devez être à l'aise pour expliquer le mode d'utilisation des préservatifs masculins et féminins.
- Vos messages doivent aller dans le sens de la politique nationale et être adaptés au contexte local.

Messages clés sur le cancer du col à l'attention des hommes et des femmes

- Le cancer du col est la première cause de décès par cancer chez les femmes entre 40 et 70 ans, dans les pays en développement.
- L'infection par le virus du papillome humain provoque le cancer du col. Cette infection virale, très courante, se transmet sexuellement. Elle survient très souvent chez les jeunes hommes et les jeunes femmes qui ne s'en aperçoivent pas forcément.
- Le préservatif offre une protection partielle contre le VPH et peut ainsi diminuer le risque de contracter des maladies associées à ce virus, comme les verrues génitales et le cancer du col.
- La plupart des infections à VPH sont passagères et ne provoquent pas le cancer du col.
- Les quelques infections à VPH qui persistent peuvent provoquer des lésions précancéreuses du col qui, si elles ne sont pas traitées, sont susceptibles d'évoluer jusqu'au stade de cancer.
- Il faut généralement plusieurs années pour que des lésions précancéreuses du col se développent à partir d'une infection à VPH persistante, et encore plus longtemps pour qu'elles évoluent jusqu'au stade de cancer.
- Le dépistage permet de détecter les lésions précancéreuses dont la plupart peuvent être soignées.

- C'est à partir de 25 ans que les femmes ont un risque plus élevé de développer des lésions précancéreuses du col. Elles doivent donc faire un test de dépistage au moins une fois entre 35 et 45 ans, et si possible, tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans (ou conformément aux directives nationales).
- Les tests de dépistage sont relativement simples, rapides et indolores.
- Le traitement des lésions précancéreuses est simple et ne nécessite généralement pas d'hospitalisation.
- Il est possible de soigner un cancer s'il est détecté et traité à temps.
- Les femmes doivent rapidement contacter les services de santé, si elles ont des pertes vaginales anormales, des pertes de sang entre les périodes de règles, après un rapport sexuel ou après la ménopause. Ces symptômes peuvent être le signe d'un cancer du col.
- Les femmes ont le droit de décider librement de tout ce qui touche à leur santé (leur partenaire ou leur famille peuvent donner leur avis, uniquement avec le consentement des femmes). Par conséquent, elles restent libres de refuser de subir un test de dépistage ou un traitement, même si ceux-ci leur sont vivement conseillés.

Messages à propos des comportements individuels

- Retarder l'âge du premier rapport sexuel : les individus sexuellement actifs très tôt ont davantage de risques d'être infectés par le VPH. Les très jeunes femmes sont plus sensibles au risque d'infection ; elles peuvent être infectées dès le premier contact sexuel.
- Retarder l'âge de la première grossesse : les hormones sécrétées pendant la grossesse pourraient augmenter le risque de cancer du col.
- Limiter le nombre de grossesses : les femmes qui ont eu plus de 4 enfants ont un risque accru de cancer du col.
- Réduire le nombre de partenaires sexuels : plus le nombre de partenaires sexuels est important, plus le risque est grand d'attraper une IST, notamment à VPH et à VIH, dont on sait qu'elles augmentent toutes deux le risque de cancer du col.
- Éviter les partenaires qui ont eux-mêmes plusieurs partenaires : le taux de cancer du col est plus élevé chez les femmes dont le partenaire a, ou a eu, plusieurs partenaires.
- Utiliser des préservatifs : il est prouvé que les préservatifs protègent contre les IST et peuvent donc réduire le risque de cancer du col.
- Ne pas fumer : le tabagisme chez les femmes augmente le risque de presque tous les cancers, y compris celui du col de l'utérus.

- Se faire immédiatement soigner si vous présentez des symptômes d'IST ou si vous craignez d'avoir été exposé à une IST. Certaines IST peuvent favoriser le développement d'un cancer du col et provoquer d'autres effets indésirables sur la santé, notamment entraîner une stérilité. Le traitement rapide des IST peut protéger contre le VPH et le cancer du col.
- Se faire dépister si on a plus de 25 ans. Presque toutes les femmes qui ont eu des rapports sexuels ont probablement été exposées au VPH. Le dépistage permet de détecter des lésions précoces, si bien qu'elle peuvent être traitées avant d'évoluer jusqu'au stade de cancer.
- Message spécial à l'attention des garçons et des hommes : réduisez le nombre de vos partenaires et utilisez systématiquement des préservatifs, surtout quand vous avez des relations sexuelles avec de nouvelles partenaires.

A l'attention de l'éducateur :

Certains des conseils ci-dessus peuvent être difficiles à mettre en pratique, surtout quand les femmes ont peu de contrôle sur leur vie sexuelle : quand, avec qui et comment. Il est important d'en faire prendre conscience aux hommes et peut-être traiteront-ils alors leurs partenaires de façon plus équitable.

Matériel pédagogique

L'éducation à la santé est plus efficace lorsqu'elle a lieu au cours d'entretiens individuels. Vous pouvez vous aider du matériel ci-dessous, en l'adaptant à votre auditoire :

- planches illustrées ;
- brochures ;
- diaporamas ;
- pièces de théâtre et jeux de rôle ;
- vidéos ;
- programmes radiophoniques et télévisés ;
- exposés par des experts capables de communiquer dans un langage accessible à tous (non technique).

FP 1

Fiche pratique 1 : Education à la santé

FICHE PRATIQUE 2 : QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES (QFP) A PROPOS DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

FP 2

Les hommes, les femmes et parfois même les prestataires de soins manquent très souvent d'information à propos du cancer du col. Cette Fiche Pratique récapitule quelques-unes des questions fréquemment posées et propose des réponses. Selon le contexte local, vous et vos collègues serez sans doute amenés à ajouter à cette liste d'autres questions en les accompagnant des réponses appropriées.

CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE

Q Qu'est-ce que le cancer ?

R Le cancer est une croissance anarchique de certaines cellules dans le corps, qui vont former des tumeurs ou grosseurs. Toutes les grosseurs ne sont pas synonymes de cancer. En revanche, celles qui s'étendent à d'autres parties du corps et interfèrent avec les fonctions physiologiques normales sont appelées cancer.

Q Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?

R Il s'agit d'un cancer qui débute au niveau du col de l'utérus, c'est-à-dire au niveau de l'ouverture de l'utérus. Les cellules du col commencent à se multiplier de façon anormale et, si elles ne sont pas traitées, elles peuvent devenir cancéreuses. Cependant, ces modifications précoces (précancéreuses) disparaissent parfois d'elles-mêmes, sans poser de problèmes.

Q Qu'est-ce qui provoque le cancer du col de l'utérus ?

R C'est l'infection par le virus du papillome humain (VPH) qui est responsable du cancer du col de l'utérus. La plupart du temps, cette infection disparaît d'elle-même, sans traitement. Cependant, il arrive parfois que le VPH reste des années dans les cellules et qu'il provoque finalement, chez certaines femmes, un cancer du col. On ne sait pas vraiment pourquoi certaines femmes développent un cancer du col et d'autres non.

Q Le cancer du col de l'utérus est-il une infection sexuellement transmissible (IST) ?

R Non. C'est l'infection par le VPH qui se transmet sexuellement. Elle est assez fréquente aussi bien chez l'homme que chez la femme. Mais, seul un petit nombre de femmes infectées par le VPH auront des lésions précancéreuses. Si elles ne sont pas soignées, certaines de ces femmes développeront un cancer du col, plusieurs années après avoir été infectées par le VPH.

Q Le cancer du col de l'utérus peut-il être évité ?

R Oui. Il est possible de réduire le risque, en limitant le nombre de partenaires sexuels, en utilisant des préservatifs, en retardant l'âge des premières relations sexuelles et de la première grossesse, et en s'abstenant de fumer. Les vaccins anti-VPH, actuellement à l'essai, constitueront sans doute le meilleur moyen de prévention, quand ils seront disponibles. Il faudra alors vacciner les jeunes gens avant qu'ils commencent à avoir des relations sexuelles.

Aujourd'hui, la meilleure façon de prévenir le cancer du col consiste à dépister les lésions précancéreuses pour les traiter, avant qu'elles n'évoluent jusqu'au stade de cancer.

Q Qui est à risque pour le cancer du col de l'utérus ?

R Toutes les femmes qui ont eu des relations sexuelles sont potentiellement à risque, parce qu'elles peuvent avoir été infectées par le VPH. Le cancer du col est plus souvent détecté chez les femmes entre 40 et 60 ans. Le risque le plus élevé est observé chez les femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un test de dépistage, qui ont eu des rapports sexuels et des grossesses très tôt dans leur vie, qui ont plus de 5 enfants, qui fument, qui ont de nombreux partenaires ou un partenaire qui a lui-même plusieurs partenaires. L'infection par le VIH augmente encore ce risque.

Q Le risque de cancer du col de l'utérus est-il plus élevé chez les femmes qui prennent des contraceptifs hormonaux ?

R On observe une légère augmentation du risque avec l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux. Comme toutes les autres femmes, celles qui prennent des CO doivent faire régulièrement un test de dépistage, mais elles n'ont aucune raison d'arrêter la contraception hormonale, dans la mesure où les bénéfices compensent les risques.

Q Les verrues génitales sont-elles à l'origine du cancer du col de l'utérus ?

R Non. Seuls, certains types de VPH, dits à haut risque, sont associés au développement d'un cancer du col. Les types de VPH à l'origine des verrues génitales sont différents ; il s'agit de types à faible risque qui n'entraînent pas de cancer.

DEPISTAGE

Q Qu'est-ce qu'un test de dépistage ?

R Il s'agit d'un test réalisé sur des personnes saines, ne présentant aucun symptôme, afin d'identifier celles qui ont davantage de risque de développer une maladie donnée. Un test de dépistage du cancer du col permet de déterminer si le col est normal ou non. Il permet de détecter les premiers signes de la maladie, avant même que la femme n'en éprouve les symptômes, à un stade où le traitement peut empêcher le développement d'un cancer du col.

Q Qui doit se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus ?

R Les femmes entre 25 et 65 ans (ou conformément aux directives nationales) doivent faire un test de dépistage pour détecter les modifications précoces du col. Ce test n'est pas nécessaire chez les femmes de moins de 25 ans qui développent très rarement un cancer du col, de même que chez les femmes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles.

Q En quoi consiste exactement le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

R Le frottis de Papanicolaou (Pap) est le test de dépistage le plus courant. Le prestataire de soins procèdera à un examen au spéculum pour observer le col et faire un frottis, c'est-à-dire prélever un échantillon de cellules qu'il enverra au laboratoire d'analyses. On utilise parfois d'autres tests de dépistage qui consistent à examiner le col après l'avoir badigeonné de vinaigre. Le prestataire de soins vous expliquera la nature du test utilisé dans votre région.

Q Que se passe-t-il si mon test est négatif ?

R Si votre test de dépistage est négatif, cela signifie que votre col ne présente aucune modification susceptible d'évoluer en cancer du col. Il est cependant important de continuer à faire des tests de dépistage à intervalles réguliers (tous les 3 à 5 ans, selon les directives locales), pour vérifier que votre col ne subit aucune modification de ce genre.

Q Que se passe-t-il si mon test est positif ?

R Dans la plupart des cas, quand un test est positif, il s'agit de lésions précancéreuses, susceptibles de régresser d'elles-mêmes ou qui peuvent être aisément traitées en ambulatoire. Il se peut que vous ayez besoin de faire des examens complémentaires pour vérifier qu'il s'agit bien de lésions précancéreuses et non d'un cancer. Toutefois, dans l'éventualité où il s'agirait bien d'un cancer, vous seriez orientée vers un hôpital pour être soignée.

LESION PRECANCEREUSE ET CANCER

Q Qu'est-ce qu'une lésion précancéreuse ?

R L'infection prolongée par des VPH à haut risque peut provoquer l'apparition de lésions précancéreuses, faciles à traiter. La plupart des lésions précancéreuses disparaissent d'elles-mêmes. Toutefois, si elles persistent et ne sont pas traitées, elles peuvent évoluer jusqu'au stade de cancer.

Q Quels sont les signes d'un cancer du col de l'utérus ?

R Dans les stades précoces, le cancer du col ne se manifeste généralement par aucun signe, raison pour laquelle le dépistage est si important. Par la suite, les symptômes suivants apparaissent : traces de sang ou saignements après un rapport sexuel, entre les règles, ou après la ménopause, et pertes vaginales nauséabondes qui ne se résorbent pas, même après traitement. Si vous présentez l'un ou l'autre de ces signes, vous devez consulter un agent de santé, car plus le cancer est détecté tôt, plus vous avez de chance de guérir.

Q Le cancer du col de l'utérus peut-il être traité ?

R La plupart des cancers du col peuvent être traités avec succès, s'ils sont détectés suffisamment tôt. Chez les femmes d'âge mûr qui n'ont jamais bénéficié d'un dépistage, le cancer est parfois découvert à un stade trop avancé, quand il s'est déjà étendu au-delà du col et qu'il devient plus difficile à traiter.

Q Peut-on guérir le cancer du col de l'utérus ?

R Oui, on peut guérir le cancer du col, s'il est détecté avant qu'il ne soit trop étendu. Plus le cancer est détecté tôt, plus vous avez de chance de guérir.

Q Comment soigne-t-on le cancer du col de l'utérus ?

R Il existe deux approches principales pour traiter et soigner un cancer— soit l'intervention chirurgicale qui permet d'enlever la tumeur, soit la radiothérapie qui tue les cellules cancéreuses. On combine parfois les deux méthodes.

FICHE PRATIQUE 3 : COMMENT FAIRE PARTICIPER LES HOMMES A LA PREVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

FP 3

Bien que le cancer du col soit une maladie exclusivement féminine, les hommes peuvent jouer un rôle déterminant dans sa prévention et son traitement, en contribuant à prévenir l'infection par le VPH, dans la mesure où celle-ci se transmet sexuellement et qu'elle représente un facteur de risque pour le cancer du col. Cette Fiche Pratique destinée aux hommes leur donne l'information essentielle sur le cancer du col et propose différents moyens de les faire participer à la lutte contre cette maladie.

INFORMATION ESSENTIELLE SUR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

- On trouvera les messages généraux dans la Fiche Pratique 1.
- Le cancer du col est fréquent, il touche généralement les femmes de plus de 40 ans et se développe à partir d'une lésion précancéreuse qu'il est possible de dépister et de traiter. Les femmes de plus de 25 ans doivent faire un test de dépistage.
- Dans la plupart des cas, c'est l'infection par le virus du papillome humain (VPH) qui est à l'origine d'un cancer du col. Cette infection se transmet facilement lors de contacts sexuels, sans donner de symptômes.
- S'il persiste, le VPH peut également constituer une menace pour la santé de l'homme, dans la mesure où il augmente le risque de cancer du pénis.
- Le VPH se transmet sexuellement, mais la pénétration n'est pas indispensable à sa transmission, puisque ce virus peut vivre sur la peau, à l'extérieur de la région génitale.
- L'utilisation de préservatifs n'offre qu'une protection partielle contre le VPH, mais elle peut favoriser l'élimination rapide des infections et jouer ainsi un rôle dans la prévention du cancer du col.
- Le tabagisme augmente le risque de nombreux cancers chez les hommes et les femmes, y compris le risque de cancer du col chez les femmes infectées par le VPH.
- Les hommes peuvent jouer un rôle déterminant dans la prévention du cancer du col. Pour cela, ils doivent :
 - réduire le nombre de partenaires sexuels et utiliser des préservatifs s'ils ont plus d'une partenaire ;
 - utiliser des préservatifs pour prévenir les IST, notamment le VIH/SIDA ;
 - encourager leurs partenaires à faire un test de dépistage, si elles ont plus de 25 ans ;



Education à la santé

- collaborer avec leurs partenaires pour éviter les grossesses précoces ;
- ne pas fumer et inciter leurs partenaires à en faire autant.
- Les hommes dont la partenaire a un test de dépistage positif, peuvent l'encourager et l'aider à recevoir le traitement préconisé, en l'accompagnant aux consultations médicales et en s'informant sur le cancer du col.
- Les hommes doivent coopérer afin que leurs partenaires puissent respecter l'abstinence sexuelle qui est parfois demandée après certains examens ou traitements médicaux.
- Les hommes peuvent alléger la charge de travail de leur partenaire quand celle-ci doit subir une intervention chirurgicale, une chimiothérapie ou une radiothérapie. En effet, ces traitements qui permettent de soigner le cancer du col, laissent souvent la patiente dans un état de grande fatigue et de faiblesse. Elle a alors besoin de beaucoup de repos pour se rétablir.
- Quand une femme souffre d'un cancer du col à un stade très avancé, son partenaire peut l'aider en lui offrant le maximum de réconfort.
- Les hommes peuvent également contribuer à réduire la mortalité associée au cancer du col, au sein de leur communauté et de leur pays, en plaidant en faveur des programmes de santé pour les femmes.

A l'attention des hommes :

Vous avez un rôle très important à jouer dans la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus.

L'utilisation correcte et systématique de préservatifs vous permettra d'améliorer votre propre santé sexuelle et génésique, ainsi que celle de votre partenaire.

FICHE PRATIQUE 4 : CONSEIL

FP 4

Qu'est-ce que le conseil ?

Le conseil est un échange d'information mutuel, personnel et confidentiel, destiné à aider une personne (et sa famille) à prendre des décisions en toute connaissance de cause et à s'y conformer. L'information doit être précise et pertinente. Pour cela, un bon conseiller devra posséder des connaissances actualisées, ainsi qu'une bonne capacité d'écoute et de communication.

Que doit savoir la patiente sur le cancer du col de l'utérus ?

Le conseiller doit veiller à ce que toutes les femmes — en particulier celles qui sont directement concernées par les programmes de lutte contre le cancer du col — connaissent :

- l'anatomie de base du col de l'utérus, la localisation de celui-ci dans le pelvis, ses modifications en fonction de l'âge et la façon dont il peut être examiné ;
- ce qu'est le cancer du col, son origine (ce qui le provoque) et les facteurs de risque associés à son développement ;
- les moyens de prévenir le cancer du col, en insistant sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses ;
- le test de dépistage utilisé et les traitements proposés au plan local pour soigner les anomalies dépistées ;
- les différentes options de prise en charge qui s'offrent aux femmes chez lesquelles le dépistage et le diagnostic ont conclu à un cancer invasif du col.



Education à la santé

Pour expliquer ces différents points, vous pouvez vous aider d'illustrations et d'exemples, ainsi que des informations figurant dans ce Guide et les Fiches Pratiques 1 et 2.



QFP

A quoi doit veiller le conseiller ?

- Assurer l'intimité : personne, sauf autorisation de la femme, ne doit pouvoir voir ou entendre quoi que ce soit de ce qui se passe entre la femme et le conseiller.
- Garantir la confidentialité : rien de ce qui a été vu, entendu ou fait pendant le conseil et l'examen ne sera dévoilé à qui que ce soit, sauf autorisation de la femme.
- Instaurer un rapport de confiance mutuelle avec la femme.
- Faire preuve de tact pour aborder et parler de sujets intimes, notamment ceux en rapport avec la sexualité et les comportements.

Suggestions à l'attention du conseiller

1. Saluez chaleureusement la femme en l'appelant par son nom et présentez-vous.
2. Asseyez-vous suffisamment près d'elle de façon à être à l'aise pour vous entretenir avec elle, en toute discrétion.
3. Cherchez son regard et regardez-la pendant qu'elle parle.
4. Assurez-lui que rien de ce qu'elle dit ne sera répété à qui que ce soit.
5. Utilisez un vocabulaire qu'elle comprend et donnez-lui uniquement l'information dont elle a besoin.
6. Adaptez l'information et votre discours au motif de sa visite.
7. Écoutez-la attentivement et observez la façon dont elle se comporte (attitude, expression du visage, regard).
8. Essayez de comprendre ce qu'elle ressent et ce qu'elle pense.
9. Posez des questions ouvertes, de façon à obtenir des réponses plus précises qu'un simple « oui » ou « non ».
10. Encouragez-la à parler. Opinez ou dites : « parlez-moi donc de ça ».
11. Essayez de cerner ses réelles préoccupations.
12. Proposez-lui diverses options et respectez ses choix.
13. Vérifiez systématiquement qu'elle a bien compris ce qui a été dit, en lui demandant de répéter les principaux messages ou les instructions les plus importantes.
14. Invitez-la à revenir quand elle veut.

Ce que le conseiller « doit faire »

- Assurer l'intimité.
- Saluer la femme en l'appelant par son nom et se présenter.
- Regarder la femme en face, sauf si c'est contraire aux traditions culturelles.
- Faire preuve de naturel et de compréhension.
- Faire preuve d'empathie : se mettre à la place de la femme.
- Utiliser un langage corporel approuvateur (opiner, sourire, etc., quand il le faut).
- Utiliser un langage simple et des termes que la femme peut comprendre.
- Répondre à ses questions en toute honnêteté.

- Prendre suffisamment de temps pour l'entretien.
- Si la femme manifeste des doutes, l'inviter à revenir plus tard pour vous faire part de ce qu'elle (et peut-être sa famille) aura décidé.

Ce que le conseiller « ne doit pas faire »

- Avoir l'air distrait (jeter un coup d'œil sur sa montre, répondre au téléphone).
- Prendre un ton sec ou montrer de l'impatience.
- Laisser quelqu'un interrompre l'entretien.
- Interrompre la femme.
- Critiquer, manquer d'objectivité ou de tact.
- Submerger la femme de renseignements inutiles ou trop détaillés.
- Utiliser des termes médicaux que la femme ne peut comprendre.
- Forcer la femme à prendre une décision (si elle a des doutes, l'inviter à revenir plus tard pour vous faire part de ce qu'elle (et peut-être sa famille) aura décidé.

Si vous constatez quoi que ce soit qui vous incite à orienter votre patiente vers un niveau de soins supérieur pour des examens ou des analyses complémentaires :

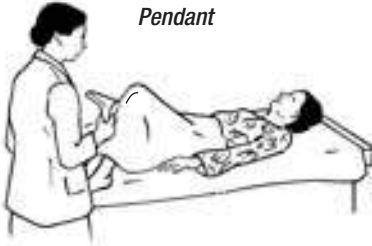
- lui expliquer où elle doit aller, qui elle doit consulter, pourquoi et quand;
- insister sur l'importance de ne pas manquer ce rendez-vous;
- répondre à toutes ses questions et, si vous ne savez pas, trouver quelqu'un qui sait;
- l'inviter à revenir vous voir si d'autres questions ou préoccupations lui viennent à l'esprit à propos de ce rendez-vous ; lui répondre ou demander à quelqu'un qui sait.

ETAPES STANDARDS DU CONSEIL POUR TOUTE FEMME QUI SUBIT UN TEST, UNE INTERVENTION OU UN TRAITEMENT

Avant



Pendant



Après



- Préciser de nouveau à la patiente l'intérêt du test de dépistage et de l'intervention ou du traitement qu'elle va subir.
- Expliquer le déroulement de l'examen ou de l'intervention, ce qu'ils peuvent apporter ou montrer et parler de la nécessité éventuelle d'examens complémentaires ou d'un traitement.
- Inviter la patiente à poser des questions et y répondre, afin d'obtenir son consentement éclairé, y compris son accord pour pouvoir la contacter si nécessaire chez elle ou sur son lieu de travail.
- Expliquer à la patiente ce que vous faites à chaque étape et la prévenir si cela risque d'être douloureux, de provoquer des crampes ou tout autre malaise. Vous l'aidez ainsi à se sentir mieux.
- Expliquer ce que vous avez fait.
- Décrire toute anomalie décelée ou rassurer la femme si vous n'avez rien vu d'anormal.
- Se mettre d'accord sur la date à laquelle elle doit revenir.
- Lui expliquer combien il est important pour elle de revenir au dispensaire comme prévu.



Consentement éclairé

FICHE PRATIQUE 5 : UTILISATION DES PRESERVATIFS MASCULINS ET FEMININS⁴

FP5

Practice Sheet 5: How to Use Male and Female Condoms

Messages à l'attention des hommes et des femmes à propos des préservatifs

- Les préservatifs constituent le moyen de protection le plus fiable contre les IST.
- Correctement utilisé, un préservatif barre la route même aux bactéries et aux virus les plus petits.
- Les préservatifs ne protègent pas totalement contre l'infection par le VPH, car ce virus peut être présent sur les régions non couvertes par le préservatif.
- Il est cependant prouvé que l'utilisation des préservatifs :
 - accélère l'élimination du VPH ;
 - diminue le risque de verrues génitales ;
 - diminue le risque de cancer du col ;
 - protège contre les infections à Chlamydia et HSV (cofacteurs de risque potentiels pour le cancer du col) ;
 - protège contre les autres IST ;
 - protège contre l'infection à VIH ;
 - protège contre la grossesse.

Quand doit-on conseiller à une femme d'utiliser des préservatifs ?

- Si on diagnostique chez elle une infection à VPH ou une lésion de bas grade (LIEBG).
- S'il y a un risque d'infection ou de saignement et que la femme ne peut pas respecter l'abstinence sexuelle conseillée après certains traitements, comme la cryothérapie (voir Chapitre 5).
- Pour protéger à la fois contre la grossesse et la plupart des IST, notamment contre le VIH (double protection).
- Si elle suit un traitement pour une IST.
- Si son partenaire est soigné pour une IST ou en présente les symptômes.

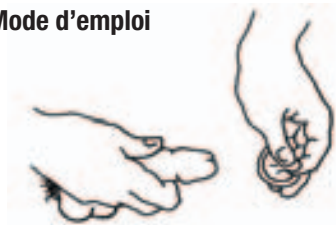
Les préservatifs assurent une protection à condition qu'ils soient utilisés de façon systématique et correcte!

⁴ D'après : *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide des pratiques essentielles*. Genève, OMS, 2005.

FP 5

PRÉSERVATIFS MASCULINS

Les préservatifs masculins sont en latex. Largement disponibles et peu onéreux, ils offrent une protection très efficace contre les IST et seulement partielle contre la transmission du VPH.

Mode d'emploi

1. Retirez délicatement le préservatif de son emballage, en évitant de l'endommager.



2. Pincez l'extrémité du préservatif pour en chasser l'air.



3. Déroulez le préservatif le long du pénis en érection.



4. Après l'éjaculation, retirez-vous immédiatement pendant que le pénis est encore en érection, en maintenant le préservatif à la base du pénis pour éviter qu'il ne glisse et que du sperme ne se répande dans le vagin.



5. Enlevez le préservatif et prenez soin de le nouer pour éviter les fuites. Jetez le préservatif dans un endroit sûr (là où il ne peut causer aucun risque).

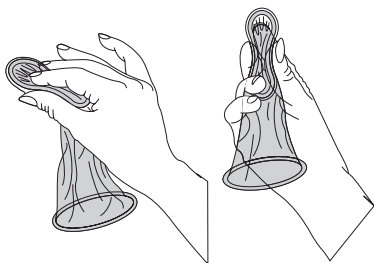
PRÉSERVATIFS FÉMININS

Le préservatif féminin est une sorte de gaine douce et ample, munie d'un anneau souple en polyuréthane à chaque extrémité. L'anneau intérieur, du côté fermé, est inséré dans le vagin. L'anneau extérieur, du côté ouvert, reste à l'extérieur du vagin pendant le rapport et recouvre les organes génitaux externes. En polyuréthane, le préservatif féminin est disponible en une seule taille. Il offre probablement le même niveau de protection que le préservatif masculin, mais il est beaucoup plus cher. L'un de ces avantages réside avant tout dans le fait que la femme possède un meilleur contrôle sur son utilisation que sur celle du préservatif masculin.

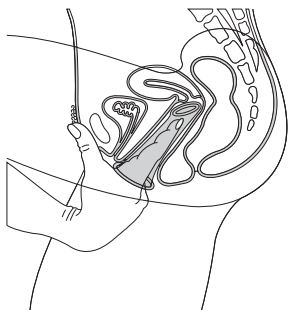
Mode d'emploi



1. Retirez le préservatif de son emballage et frottez-le entre le pouce et l'index pour assurer une répartition uniforme du lubrifiant à l'intérieur de la gaine. Si besoin est, ajoutez à l'intérieur de la gaine deux gouttes du lubrifiant fourni avec le préservatif.



2. L'extrémité fermée du préservatif se place dans votre vagin. Pressez l'anneau intérieur (extrémité fermée) entre le pouce et le majeur et insérez-le dans votre vagin.



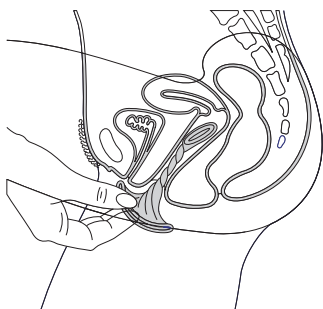
3. A l'aide de l'index, enfoncez le préservatif au fond du vagin, le plus loin possible. Il est en place quand vous ne le sentez plus.

Ne vous inquiétez pas, il ne peut pas aller trop loin.

FP 5



4. L'anneau à l'extrémité ouverte du préservatif doit se trouver à l'extérieur du vagin et recouvrir les grandes lèvres. Assurez-vous que le préservatif n'est pas tordu. Pendant le rapport, guidez le pénis de votre partenaire pour qu'il pénètre correctement dans le préservatif. Si vous ne le faites pas, assurez-vous que la pénétration ne s'effectue pas en dehors de la gaine du préservatif. Si c'était le cas, vous ne seriez plus protégée.



5. Après le rapport, vous pouvez retirer le préservatif sans risque, à tout moment. Si vous êtes allongée, retirez-le avant de vous redresser pour empêcher le sperme de couler. Jetez le préservatif usagé dans un endroit sûr (là où il ne peut causer aucun risque). Ne le réutilisez pas.

INSTRUCTIONS POUR LE CONSEIL SUR L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF

- Les préservatifs masculins et féminins sont efficaces uniquement s'ils sont utilisés correctement lors de chaque rapport sexuel.
- Les agents de santé doivent surmonter leur propre réticence à parler des préservatifs et à les manipuler, afin de montrer aux femmes et à leurs partenaires comment les utiliser.
- Pour expliquer l'utilisation des préservatifs, il faut s'aider d'un modèle de pénis ou de vagin. Ceux-ci peuvent être achetés ou confectionnés avec le matériel dont on dispose sur place.
- Montrez comment ouvrir l'emballage d'un préservatif, le dérouler et le mettre en place sur le pénis en érection (pour le préservatif masculin) ou l'insérer dans le vagin (pour le préservatif féminin), expliquez comment retirer le pénis encore en érection du vagin, comment enlever le préservatif et le jeter en toute sécurité.
- Pendant ou après votre exposé, demandez à la femme et à son partenaire de répéter les mêmes gestes avec un préservatif neuf. Rectifiez gentiment leurs erreurs.
- Demandez aux femmes et à leurs partenaires de faire particulièrement attention à :
 - ne pas endommager le préservatif lors de l'ouverture de l'emballage ; ne pas l'ouvrir avec les dents ou avec des ongles longs.
 - utiliser le préservatif une seule fois.
 - avoir toujours des préservatifs.
- Donnez suffisamment de préservatifs à chaque femme, même à celles auxquelles on aura conseillé l'abstinence sexuelle. Assurez-vous que les femmes et les hommes savent s'en servir et où se les procurer.

FP 5

Fiche pratique 5 : Utilisation des préservatifs masculins et féminins

4

CHAPITRE 4 : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

CHAPITRE 4 : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Points essentiels

- Le dépistage consiste à examiner toutes les femmes qui ont un risque de cancer du col, mais dont la plupart ne manifestent aucun symptôme.
- L'objectif du dépistage est de détecter des lésions précancéreuses qui, en l'absence de traitement, peuvent évoluer jusqu'au stade de cancer.
- Le dépistage est efficace uniquement s'il est associé à un système bien organisé de suivi et de traitement.
- Les femmes chez lesquelles on détecte des anomalies du col à l'occasion du dépistage ont besoin d'un suivi, d'un diagnostic et éventuellement d'un traitement, afin de prévenir le développement d'un cancer du col ou de le traiter à un stade précoce.
- Il existe plusieurs tests de dépistage du cancer du col. Le frottis de Papanicolaou (cytologie) est le seul test de dépistage utilisé à grande échelle, dont on a démontré l'efficacité à réduire l'incidence du cancer du col et de la mortalité associée. D'autres tests (IVA, IVL, VPH) sont prometteurs, mais il n'existe pour l'instant aucune preuve comparable de leur efficacité. Des essais sont toujours en cours.
- Indépendamment du test utilisé, l'efficacité d'un programme de dépistage repose essentiellement sur sa capacité à atteindre la plus grande proportion de femmes à risque, grâce à des services de dépistage et de traitement de qualité.
- Conçu et dirigé au niveau central pour atteindre le plus grand nombre de femmes à risque, le dépistage organisé est préférable au dépistage opportuniste.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Ce chapitre présente une information détaillée sur le dépistage et précise les raisons pour lesquelles le dépistage organisé est préférable au dépistage opportuniste. Il décrit les différents tests de dépistage existants et compare leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

ROLE DES PRESTATAIRES DE SOIN

Les prestataires de soins représentent le pivot central de toute action coordonnée de santé publique visant à dépister le cancer du col de l'utérus. Une telle action peut impliquer le ministère de la santé, des planificateurs et des gestionnaires de programme, des techniciens de laboratoire, des professionnels de la santé et des agents de santé communautaires.

Les prestataires de soins doivent veiller à ce que :

- les femmes qui viennent se faire dépister reçoivent bien l'information et le conseil appropriés ;
- les directives nationales relatives au dépistage et au traitement du cancer du col sont bien respectées ;
- le dépistage est bien organisé et ne manque aucune occasion de dépister les femmes du groupe cible qui viennent solliciter des soins ;
- chaque femme qui vient se faire dépister comprend en quoi cela consiste et donne son consentement éclairé au dépistage et au suivi ;
- l'évaluation des patientes, le test de dépistage, le traitement et l'orientation-recours sont correctement effectués et les mesures de prévention de l'infection soigneusement respectées ;
- les femmes sont bien informées du résultat de leur test de dépistage, surtout s'il n'est pas satisfaisant ou positif (anormal) ;
- tout problème de santé génésique ou sexuelle, identifié par la femme elle-même ou le prestataire de soins, est correctement pris en charge ;
- les dossiers médicaux sont conservés au sein de la structure de soins ou remis aux patientes ;
- les femmes qui doivent refaire un test de dépistage, subir des examens complémentaires ou être orientées vers un autre établissement ou des soins post-traitement, sont correctement suivies.

Ce chapitre détaille les responsabilités des prestataires des différents niveaux de soins.

ANECDOTE⁵

Pratibha a 37 ans, elle vit à Maharashtra, en Inde. Un jour, en rentrant chez elle après avoir été chercher de l'eau, elle trouva deux agents de santé féminins sur le pas de sa porte qui parlaient avec son mari. Les deux femmes lui posèrent plusieurs questions sur son âge, depuis quand était-elle mariée, combien d'enfants avait-elle. Elles



lui parlèrent ensuite du cancer du col de l'utérus et de la consultation de dépistage qui devait se tenir au village. Pratibha s'inquiéta de savoir pourquoi les agents de santé avaient choisi de s'adresser à elle et fut rassurée d'apprendre que toutes les femmes du village de plus de 30 ans recevaient également leur visite et étaient invitées à se faire dépister. L'un des avantages de ce programme tenait au fait que le dépistage et le traitement (si besoin) étaient gratuits. Presque toutes les femmes contactées se rendirent au dispensaire, y compris Pratibha. Comme on le lui avait dit, le test fut rapide et indolore. Une fois celui-ci terminé, l'agent de santé lui dit qu'elle devait absolument revenir chercher ses résultats dans deux semaines. Quand elle revint, Pratibha apprit que son test était normal et qu'il était important pour elle de le répéter tous les 3 ans.

PROGRAMMES DE DEPISTAGE**En quoi consiste le dépistage ?**

Le dépistage est une action de santé publique conduite sur une population à risque, appelée population cible. Le but du dépistage n'est pas de diagnostiquer une maladie, mais d'identifier les individus qui ont une forte probabilité de la contracter ou de la développer. Ainsi le dépistage du cancer du col cible des femmes qui peuvent se sentir en parfaite santé et ne voir aucune raison de solliciter les services médicaux.

Toutes les maladies ne sont pas dépistables. Pour faire l'objet d'un programme de dépistage, une maladie doit remplir les critères suivants :

- elle doit avoir de graves répercussions sur la santé publique ;
- il doit exister un stade infraclinique (asymptomatique) décelable ;

⁵ D'après : Alliance for Cervical Cancer Prevention. *Women's stories, women's lives : experiences with cervical cancer screening and treatment*. Seattle, WA, ACCP, 2004.

- le test de dépistage doit être simple, non invasif, sensible, spécifique, bon marché et facilement accepté par le public cible ;
- le traitement du stade infraclinique doit favorablement influencer le cours et le pronostic de la maladie à long terme ;
- il faut que toutes les personnes dont le test de dépistage est positif aient accès aux examens complémentaires et aux traitements nécessaires.

Le cancer du col remplit ces différents critères.

La réussite des programmes de dépistage dépend de plusieurs éléments :

- couverture élevée (80%)⁶ de la population à risque ;
- suivi et prise en charge appropriés de toutes les personnes dont le test de dépistage est positif. Les efforts destinés à augmenter la couverture seront inutiles, si les personnes dont le test est positif ne sont pas correctement suivies ;
- communication entre les différents volets du programme (c'est à dire, depuis le dépistage jusqu'au diagnostic et au traitement) ;
- bonne qualité des services de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi ;
- ressources adéquates.

L'objectif du dépistage du cancer du col est d'examiner la plus grande proportion possible de femmes à risque pour ce cancer et de garantir un suivi approprié à toutes celles dont le test de dépistage est positif ou anormal. Ces femmes auront en effet besoin d'un test diagnostic et d'un suivi ou d'un traitement. On utilise souvent la colposcopie et la biopsie pour établir le diagnostic précis de l'étendue de la lésion cervicale (voir Chapitre 5).

Dépistage organisé et opportuniste du cancer du col

Dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du col est conçu pour atteindre le plus grand nombre possible de femmes à risque pour cette maladie, en s'appuyant sur les ressources

⁶ La "couverture" désigne la proportion de personnes appartenant au groupe d'âge cible, dépistées selon les intervalles conseillés, pendant une période de temps donnée. La couverture ne correspond donc pas au nombre de tests de dépistage effectués, dans la mesure où ce nombre peut englober les tests réalisés sur des personnes n'appartenant pas au groupe d'âge cible et/ou dépistées plus souvent que nécessaire.

existantes. Il est généralement planifié au niveau national ou régional. Un programme de dépistage organisé de cancer du col doit préciser :

- la population cible ;
- la fréquence du dépistage ;
- les objectifs de couverture ;
- le procédé employé pour inciter les femmes à se présenter aux services de dépistage ;
- le(s) test(s) utilisé(s) ;
- les stratégies adoptées pour faire en sorte que toutes les femmes dont le test est positif soient informées du résultat ;
- le système utilisé pour orienter les femmes vers des services de diagnostic et de traitement ;
- les recommandations thérapeutiques ;
- les indicateurs de contrôle et d'évaluation du programme de dépistage.

Dépistage opportuniste

Le dépistage opportuniste du cancer du col est réalisé indépendamment d'un programme de dépistage organisé. Il s'adresse surtout aux femmes qui sollicitent des soins pour d'autres motifs que le dépistage du cancer du col. Dans ce cas, soit c'est le prestataire de soins qui conseille le dépistage à l'occasion d'une consultation, soit c'est la femme qui le demande. Le dépistage opportuniste du cancer du col présente l'inconvénient de s'adresser à des femmes jeunes qui viennent au dispensaire pour une consultation prénatale, pédiatrique ou de planning familial et qui ont un faible risque de cancer du col.

Il est généralement reconnu que le rapport coût-efficacité du dépistage organisé est supérieur à celui du dépistage opportuniste. Il permet en effet une meilleure utilisation des ressources disponibles et garantit l'accès du dépistage à un plus grand nombre de femmes. Toutefois, qu'il soit opportuniste ou organisé, le dépistage sera un échec, si le contrôle qualité des services est médiocre, si la couverture est faible, s'il y a au contraire « surdépistage » des populations à bas risque et si le taux de « perdues de vue » pendant le suivi est élevé.

Avantages et risques du dépistage du cancer du col

Il faut présenter aux femmes les avantages et les risques du dépistage du cancer du col, lors des séances d'éducation à la santé et avant d'obtenir leur consentement éclairé. Nous avons déjà discuté des avantages du dépistage du cancer du col dans les

précédents chapitres, mais comme pour toute action dirigée sur une population saine, il peut aussi occasionner des effets indésirables, en particulier :

- des conséquences psychologiques – anxiété et peur d'un examen destiné à déceler un cancer ;
- des idées fausses comme quoi un test positif est synonyme de cancer ;
- des résultats faux positifs (test anormal, alors que le col est normal), ce qui peut entraîner des examens et des traitements inutiles, ainsi qu'une profonde anxiété ;
- des résultats faux négatifs (test normal chez une femme dont le col présente pourtant des anomalies) ;
- la détection d'autres pathologies pour lesquelles il n'existe pas toujours de traitement.

Les recommandations formulées dans ce Guide devraient normalement permettre de minimiser ces effets indésirables.

Groupes cibles et fréquence du dépistage du cancer du col

Les décisions concernant le choix du groupe d'âge cible et la fréquence du dépistage du cancer du col sont généralement prises au niveau national, en fonction des chiffres de la prévalence et de l'incidence locales de la maladie, des facteurs associés (par exemple, prévalence du VIH) et des ressources et infrastructures existantes.

Toutes les données disponibles concernant les groupes d'âge cibles et la fréquence du dépistage du cancer du col sont issues de l'expérience acquise avec les programmes de dépistage basés sur la cytologie. A ce jour, nous ne disposons pas de données comparables avec les programmes de dépistage basés sur la recherche du VPH et les méthodes d'inspection visuelle.

Lors du choix du groupe cible et de la fréquence du dépistage, les planificateurs de programme doivent tenir compte des éléments suivants :

- l'infection par le VPH est fréquente chez les jeunes femmes, mais elle est passagère dans la plupart des cas ;
- seul un petit pourcentage de la totalité des infections par le VPH vont aboutir à un cancer invasif ;
- le cancer du col se développe lentement ; il lui faut habituellement entre 10 et 20 ans pour progresser d'un stade précancéreux précoce jusqu'au stade de cancer invasif ;
- il est très rare de diagnostiquer un cancer du col chez des femmes de moins de 30 ans. Chez celles-ci, le dépistage détectera une majorité de lésions qui n'évolueront jamais jusqu'au stade de cancer. Il entraînera par conséquent des traitements inutiles et sera d'un mauvais rapport coût-efficacité ;

- un dépistage tous les trois ans est pratiquement aussi efficace qu'un dépistage annuel. Si les ressources sont limitées, un dépistage tous les 5 à 10 ans – voire même un seul entre 35 et 45 ans – suffira à diminuer considérablement le nombre de décès associés au cancer du col.

FRÉQUENCE ET ÂGES CIBLES CONSEILLÉS POUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL

- Les nouveaux programmes de dépistage doivent d'abord cibler les femmes de plus de 30 ans, avant de s'adresser ensuite aux femmes plus jeunes, une fois assurée la couverture du groupe à haut risque. Les programmes déjà existants ne doivent pas intégrer les femmes de moins de 25 ans dans leurs populations cibles.
- Quand les femmes ne peuvent bénéficier du dépistage qu'une seule fois dans leur vie, ce doit être de préférence entre 35 et 45 ans.
- Pour les femmes de plus de 50 ans, un dépistage tous les 5 ans suffit.
- Dans le groupe d'âge des 25 à 49 ans, on peut envisager un dépistage tous les trois ans, si les ressources le permettent.
- Le dépistage annuel n'est pas conseillé, quel que soit l'âge.
- Le dépistage n'est pas nécessaire chez les femmes de plus de 65 ans, sous réserve que les deux précédents frottis aient été négatifs.

Considérations particulières

Avant de s'engager dans un programme de dépistage à grande échelle, les planificateurs au niveau national doivent d'abord s'assurer que les services nécessaires à la prise en charge des cas de cancer nouvellement diagnostiqués fonctionnent. En effet, les cas de cancer invasif ne peuvent pas être traités ailleurs que dans des structures de soins spécialisées. Il faut donc veiller à ce que celles-ci soient bien opérationnelles, avant de lancer le programme de dépistage (voir Chapitre 6).

Lorsqu'il s'adresse à une population qui n'a jamais été dépistée, un nouveau programme de dépistage détectera un plus grand nombre de cas de cancer du col à différents stades. Il est indispensable que les femmes dont la maladie est très avancée ou qui ne peuvent pas être traitées pour diverses raisons, puissent bénéficier de soins palliatifs (voir Chapitre 7).

Dépistage du cancer du col dans les milieux à forte prévalence du VIH

Le dépistage du cancer du col est particulièrement important dans les milieux à forte prévalence du VIH, car les infections à VPH ont tendance à persister chez les femmes séropositives pour le VIH. On observe ainsi dans cette population une incidence plus élevée des lésions précancéreuses du col et, dans certains milieux, une incidence plus élevée de cancer invasif du col. Là où le VIH est endémique, le test de dépistage s'avère parfois positif dans 15 à 20% de la population cible. L'efficacité du dépistage cytologique est similaire chez les femmes séropositives et séronégatives. Malheureusement, bien qu'elles aient un risque plus élevé de lésions précancéreuses et de cancer du col, les femmes séropositives ne considèrent pas forcément le dépistage, le suivi et le traitement de ce cancer comme une priorité, dans la mesure où elles ont bien d'autres soucis de santé et de préoccupations sociales. Cependant, quel que soit leur statut à l'égard du VIH, il faut inciter toutes les femmes à bénéficier d'un dépistage du cancer du col, sous réserve bien sûr qu'elles aient accès à ce service. Par ailleurs, il faut faire attention à ne pas associer « test de dépistage positif » et « recherche du VIH ». Ce n'est pas parce que le test de dépistage est positif qu'il faut forcément faire une recherche de VIH. Toutefois, une femme qui présente des lésions précancéreuses du col a souvent tout intérêt à connaître son statut à l'égard du VIH, surtout si elle peut avoir accès à un traitement anti-rétroviral (TAR). Il convient donc de définir les critères du dépistage des femmes séropositives au niveau national, en tenant compte de tous ces éléments.

RECOMMANDATION

Il faut offrir à toutes les femmes les mêmes options de dépistage pour le cancer du col, indépendamment de leur statut à l'égard du VIH.

Dépistage du cancer du col chez les femmes enceintes

Ne pas proposer le dépistage du cancer du col pendant la grossesse est parfois considéré comme une « occasion manquée ». En effet, les consultations prénatales sont souvent l'occasion de proposer le dépistage. Toutefois, l'intégration du dépistage aux soins prénatals n'est pas forcément judicieuse pour plusieurs raisons :

- la plupart des femmes enceintes sont trop jeunes pour appartenir au groupe d'âge cible ;
- dans certains contextes culturels, les femmes enceintes ont parfois des réticences à subir un examen gynécologique ;

- pendant la grossesse, il est plus difficile d'interpréter les tests de dépistage comme la cytologie cervicale ;
- pendant la grossesse, les CIN régressent peu, mais après l'accouchement, on observe un taux significatif de régression spontanée ;
- chez une femme enceinte, on prélèvera une biopsie pour le diagnostic, uniquement s'il y a suspicion d'un cancer invasif du col ;
- le traitement des lésions précancéreuses du col est contre indiqué pendant la grossesse.

Quand elles appartiennent au groupe d'âge cible, il faut conseiller aux femmes qui fréquentent les consultations prénatales de revenir faire un test de dépistage 12 semaines après l'accouchement. Il est toutefois préférable de ne pas différer le dépistage dans certains cas, par exemple si l'examen au spéculum révèle une lésion du col ou s'il y a peu de chance que la femme revienne. Enfin, le prestataire de soins peut profiter de la consultation prénatale pour suggérer aux femmes d'encourager leurs amies et leurs proches qui appartiennent au groupe d'âge cible à se faire dépister.

Dépistage du cancer du col chez les utilisatrices des services de planification familiale

Le dépistage opportuniste du cancer du col fait souvent partie des services de planning familial. C'est en effet une bonne occasion de parler de son intérêt. D'autre part, il est généralement plus facile pour une femme d'accepter un examen gynécologique dans le cadre d'une consultation de santé génésique. Il faut donc en profiter pour encourager les femmes qui appartiennent au groupe d'âge cible à faire un test de dépistage du cancer du col. Il n'est pas nécessaire d'augmenter la fréquence du dépistage chez les femmes qui utilisent une contraception hormonale.

Dépistage du cancer du col chez les femmes atteintes d'une infection de l'appareil génital ou d'une infection sexuellement transmise (IAG/IST)

Parmi les femmes qui sollicitent des soins parce qu'elles se plaignent de symptômes évoquant une IAG/IST, on proposera un test de dépistage du cancer du col uniquement à celles qui appartiennent au groupe d'âge cible et qui ne présentent aucun signe visible d'infection aiguë. En revanche, si l'examen gynécologique révèle une infection aiguë, la patiente recevra d'abord un traitement approprié et le dépistage sera différé jusqu'à ce que l'infection soit guérie.

L'éducation à la santé et le conseil relatif aux IAG/IST doivent comporter une information sur le VPH, son rapport avec le cancer du col et la protection offerte par des comportements sexuels à moindre risque, avec notamment l'utilisation du préservatif.

Les partenaires masculins souffrant d'IST doivent eux aussi être traités et recevoir par la même occasion une information sur la prévention du VPH et du cancer du col. Il faut donc intégrer celle-ci aux services IST destinés plus particulièrement aux hommes.

Autres occasions de proposer le dépistage du cancer du col

Le risque de cancer du col est maximum chez les femmes en fin de période de reproduction, surtout chez celles qui n'ont jamais bénéficié d'un dépistage. Ces femmes ont naturellement tendance à faire moins souvent appel aux soins de santé génésique, mais elles peuvent cependant être amenées à consulter pour d'autres motifs, par exemple pour le traitement de l'hypertension, les maladies cardiaques, le diabète ou les maladies infectieuses. Un dépistage pourra donc leur être conseillé à cette occasion. De la même façon, on pourra parler du dépistage du cancer du col aux femmes du groupe d'âge cible qui accompagnent un enfant ou un parent nécessitant des soins. Il faut donc informer sur le cancer du col toutes les femmes du groupe d'âge cible qui se rendent dans une structure de soins, pour une raison ou une autre, et les inciter à faire un test de dépistage (voir aussi Chapitre 3). Par conséquent, les prestataires de soins qui travaillent dans des services de médecine générale des niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires, peuvent être amenés à assurer le dépistage du cancer du col. Si ce n'est pas possible, les femmes devront être informées et envoyées vers un centre de dépistage approprié.

Pas d'occasion manquée

Les programmes de dépistage du cancer du col doivent faire en sorte d'atteindre toutes les femmes du groupe d'âge cible qui contactent les services de santé pour une raison ou une autre.

Choix du test de dépistage utilisé

La décision d'utiliser tel(s) ou tel(s) test(s) de dépistage est généralement prise au niveau national ou régional, en fonction des éléments ci-dessous :

- organisation du système de santé ;
- fonds disponibles ;
- nombre et catégorie professionnelle des personnels de santé ;
- existence de services de laboratoires et de moyens de transport ;
- disponibilité et coût des différents tests de dépistage.

Le choix du test de dépistage est parfois tout simplement dicté par la proximité physique des services pour les femmes. Ainsi, à l'intérieur d'un même pays, on peut

décider d'utiliser le frottis (pour lequel il faut revenir chercher les résultats) en milieu urbain et l'inspection visuelle à l'acide acétique (résultats immédiats) en milieu rural où les déplacements sont plus difficiles.

C'est avec la cytologie que l'on possède l'expérience la plus complète et la plus longue en matière de dépistage du cancer du col. La cytologie cervicale est en effet utilisée dans de nombreux pays depuis les années 1950. Au Canada, aux USA et dans certains pays nordiques, les programmes de dépistage et de traitement basés sur la cytologie ont obtenu une réduction de l'incidence du cancer du col et de la mortalité associée allant jusqu'à 80%. Cette réduction est de 50 à 60% dans d'autres pays européens.

Il est cependant difficile d'obtenir de tels succès dans les milieux aux ressources limitées qui ne peuvent satisfaire aux exigences de la cytologie. En effet, celle-ci nécessite un personnel hautement qualifié, des laboratoires bien équipés, un moyen de transport des échantillons et des systèmes efficaces de collecte d'information et de suivi des patientes. D'autre part, dans ces milieux démunis, la compétition avec les autres besoins sanitaires se solde souvent par un manque de ressources en faveur du dépistage du cancer du col et l'absence de volonté politique d'en faire une priorité.

Compte tenu des problèmes inhérents à la mise en place d'un dépistage de qualité basé sur la cytologie, d'autres méthodes de dépistage, comme l'inspection visuelle, ont été mises au point. Ces méthodes ont donné des résultats prometteurs dans des situations expérimentales étroitement contrôlées, mais ne sont pas encore utilisées pour le dépistage à grande échelle. On ne connaîtra leur impact définitif sur l'incidence du cancer du col et la mortalité associée, qu'après avoir terminé les essais de dépistage organisé actuellement en cours. Enfin, il existe aujourd'hui dans le commerce des tests de recherche d'ADN du VPH. Ils sont cependant chers et nécessitent des structures de laboratoire sophistiquées.

Problèmes d'éthique

Pour décider de la meilleure façon d'utiliser les ressources, quand elles sont limitées, il faut peser d'une part l'importance de la morbidité et de la mortalité associées aux différentes maladies, et d'autre part, l'efficacité, le coût et l'impact du diagnostic et du traitement de ces maladies. Même si les décisions en matière de priorités sont généralement prises au niveau national, il faut que les prestataires de soins comprennent bien les raisons pour pouvoir les appliquer et les expliquer à leurs patientes (voir Chapitre 1). S'il est bien organisé et intégré aux services de santé sexuelle et génésique, le dépistage du cancer du col peut tout à la fois renforcer le système de soins et améliorer la santé des femmes, surtout celle des femmes qui ne sont plus en âge de procréer et dont la santé est trop souvent négligée.

Avant toute mise en œuvre d'un programme de dépistage, il faut garantir une approche éthique et équitable, en tenant compte des éléments suivants :

- toutes les femmes du groupe cible, y compris les plus démunies, les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre, doivent avoir accès au dépistage ;
- les femmes, les prestataires de soins et les communautés doivent recevoir une éducation à la santé, afin que toute décision relative au dépistage et au traitement puisse être prise en toute connaissance de cause ;
- les systèmes de dossiers médicaux doivent garantir la confidentialité ;
- les tests diagnostics, le suivi et le traitement doivent être disponibles et accessibles pour tous ;
- les prestataires de soins doivent recevoir des directives claires concernant le suivi et la prise en charge des femmes dont le test de dépistage est positif ;
- un système doit permettre d'orienter sur des soins appropriés toutes les patientes dont le test de dépistage aura mis en évidence d'autres problèmes de santé, en particulier d'ordre gynécologique.

Choix en toute connaissance de cause et consentement éclairé⁷

Le choix en toute connaissance de cause et le consentement éclairé reposent sur les principes éthiques d'autonomie et de respect de l'individu. Dans de nombreux milieux culturels, la notion de consentement désigne parfois un processus de prise de décision collective, qui fait intervenir des personnes autres que la patiente, tels que le partenaire, la famille et le chef de village. L'éducation à la santé et le conseil doivent donc s'adresser aux femmes et à leurs proches, afin que chacun comprenne bien ce qu'est le cancer du col, qui est à risque, de quelle façon le dépistage peut réduire ce risque et quels sont les éventuels problèmes liés au dépistage. Avant d'accepter le dépistage, les femmes doivent être informées très précisément du test utilisé, de la signification et des conséquences d'un résultat positif, ainsi que des possibilités de traitement. Par ailleurs, quand les résultats du test ne sont pas immédiatement disponibles (comme c'est le cas avec la cytologie cervicale, contrairement aux méthodes d'inspection visuelle qui donnent des résultats immédiats), le consentement éclairé doit également comporter une permission explicite de la patiente autorisant le prestataire à la contacter chez elle ou sur son lieu de travail. Enfin, le respect du princi-



Consentement éclairé

⁷ Note : le « consentement éclairé » n'est pas synonyme de « choix en toute connaissance de cause ». Quand on parle de consentement, il s'agit d'une autorisation explicite donnée par une personne pour subir une intervention ou un test, après qu'elle ait reçu une information suffisante, lui permettant de faire un choix personnel et rationnel (en toute connaissance de cause).

pe d'autonomie exige que la patiente puisse décider de son plein gré et sans aucune contrainte de subir ou non un test de dépistage.

Evaluation initiale des utilisatrices des services de dépistage

Toute femme sollicitant un dépistage doit être évaluée avant de subir le test. A l'occasion de cette évaluation, le prestataire de soins lui dispensera une information et un conseil. Il devra ensuite obtenir son consentement éclairé, recueillir ses antécédents sociaux et médicaux et procéder à un examen gynécologique.



Conseil

Les antécédents permettent d'obtenir des renseignements importants pour décider de la prise en charge, des tests ou examens complémentaires qui pourraient s'avérer nécessaires. Compte tenu du stigma qui entoure les problèmes génitaux, les femmes sont souvent réticentes à parler de leurs inquiétudes ou des symptômes et des signes qui touchent à leur intimité. Il est donc indispensable d'établir et d'entretenir une relation de confiance et de respect avec chaque femme qui vient pour un test de dépistage, en lui garantissant le respect de son intimité et de la confidentialité, avant de l'interroger sur ses antécédents.

L'inspection visuelle des organes génitaux externes et l'examen au spéculum constituent les deux principaux éléments d'un examen gynécologique dans le cadre du dépistage du cancer du col. Le prestataire de soins doit expliquer ce qu'il fait à chaque étape de l'examen. S'il constate une anomalie, il doit en informer la patiente sans l'affoler. Si le prestataire de soins est une femme, les patientes seront peut-être moins réticentes à se faire examiner et accepteront plus facilement le dépistage. Si le prestataire de soins est un homme, la patiente peut demander la présence d'une amie ou d'un membre du personnel féminin.

Examen
gynécologique

Problèmes de santé sexuelle et génésique détectés pendant le recueil des antécédents et l'examen gynécologique

Une approche intégrée de la prise en charge des problèmes de santé sexuelle et génésique pendant le dépistage du cancer du col peut contribuer à améliorer la santé des femmes, surtout celle des plus âgées. Par conséquent, pendant le recueil des antécédents et l'examen gynécologique, le prestataire de soins doit faire particulièrement attention non seulement aux signes et aux symptômes évoquant un cancer, mais aussi aux signes ou symptômes d'IST ou de toute autre pathologie. Il doit également donner aux femmes l'occasion de parler de leurs préoccupations en rapport avec

d'éventuels problèmes de santé sexuelle et génésique. Les femmes qui présentent de tels problèmes seront alors traitées ou orientées si besoin vers des examens complémentaires.

Prévention de l'infection lors du dépistage du cancer du col de l'utérus

Lors du dépistage, comme pour tout acte médical, il faut être particulièrement vigilant à éviter tout risque d'infection. Il faut en effet limiter les risques de transmission d'agents pathogènes, notamment du VIH, en respectant les règles du lavage des mains, de manipulation des instruments et d'élimination des déchets. Il convient donc de prendre les précautions universelles (voir Annexe 1) avec toutes les patientes, qu'elles soient malades ou en bonne santé, séropositives ou non pour le VIH et autres infections. De cette façon, le prestataire protège non seulement la patiente, mais il se protège aussi lui-même. Pour cela, il doit utiliser uniquement des instruments décontaminés et porter des gants en latex (aux deux mains), quand il procède au toucher recto-vaginal ou à l'examen au spéculum, de même que lorsqu'il fait un prélèvement ou une intervention comme la cryothérapie.



Prévention de l'infection

TESTS DE DEPISTAGE

Un bon test de dépistage doit être :

- précis ;
- reproductible ;
- bon marché ;
- facile à réaliser et à interpréter ;
- acceptable ;
- sans danger.

Les tests ci-dessous répondent plus ou moins à ces critères :

- cytologie : conventionnelle (frottis de Papanicolaou) et en milieu liquide ;
- test de recherche d'ADN du VPH ;
- inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) ou avec le soluté iodé de Lugol (IVL).

Le Tableau 4.1 résume leurs points forts et leurs limites. On trouvera en Annexe 3 des détails concernant la mesure et l'interprétation des différentes caractéristiques de leur performance.



Performance du test

Cytologie

Cytologie conventionnelle

Le frottis de Papanicolaou consiste à prélever un échantillon de cellules dans la zone de remaniement du col, à l'aide d'une spatule en bois ou d'une brosse (l'utilisation de l'écouvillon en coton n'est plus désormais recommandée). Le prélèvement doit concerner toute la zone de remaniement, car c'est à cet endroit que se développent presque toutes les lésions de haut grade. Les cellules sont ensuite étalées sur une lame de verre, puis immédiatement fixées pour préserver leur état morphologique. La lame est ensuite envoyée au laboratoire de cytologie où elle sera colorée, avant d'être examinée au microscope pour déterminer si les cellules sont normales (Figure 4.1) et les classer de façon appropriée, à l'aide du système Bethesda (voir Annexe 2). Les résultats du frottis sont ensuite transmis au centre de soins où a été prélevé l'échantillon. Les prestataires de soins doivent faire en sorte que la femme soit bien informée des résultats et qu'elle reçoive un suivi approprié, comme indiqué en Annexe 4a. Il faut moins de 5 minutes pour faire un frottis. Indolore, ce test de dépistage peut être réalisé en ambulatoire dans n'importe quelle salle d'examen. Il est préférable de le différer, si la femme a ses règles, si elle est enceinte ou si elle présente une inflammation aiguë évidente à l'examen clinique. Pour qu'un frottis soit considéré satisfaisant, il faut qu'un nombre suffisant de cellules épithéliales pavimenteuses intactes ait été prélevées et ce, dans la zone de remaniement/endocervicale adéquate. Chaque frottis doit être étiqueté de façon lisible.



Frottis

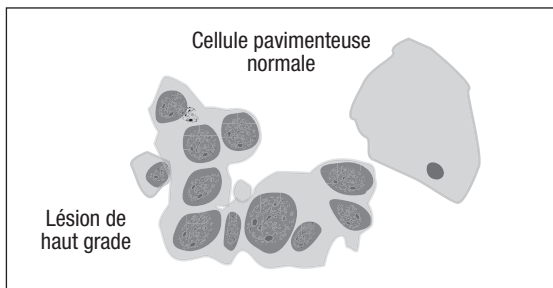


Système Bethesda



Organigramme Frottis

Figure 4.1 Représentation schématique des cellules épithéliales normales et anormales



La précision du test cytologique dépend de la qualité du prélèvement et de la fixation des cellules cervicales, de la préparation et de l'interprétation des frottis au laboratoire. Lorsqu'elle est réalisée dans d'excellentes conditions, comme c'est le cas dans les pays développés ou dans des situations expérimentales étroitement contrôlées, la

cytologie conventionnelle permet de détecter jusqu'à 84% des lésions précancéreuses et cancéreuses. A l'inverse, quand elle est réalisée dans de mauvaises conditions, sa sensibilité chute à 38%. Sa spécificité est généralement supérieure à 90%.

Cytologie en milieu liquide (LBC)

Introduit au milieu des années 1990, ce perfectionnement de la cytologie conventionnelle est de plus en plus utilisé dans les milieux disposant de ressources élevées. Au lieu d'étaler les cellules cervicales sur une lame, le prestataire de soins les transfère directement de la brosse dans un flacon de liquide conservateur. L'échantillon est ensuite envoyé au laboratoire qui se chargera de préparer le frottis. La LBC coûte plus cher que la cytologie conventionnelle et nécessite un personnel de laboratoire spécialement formé. Elle présente cependant un certain nombre d'avantages par rapport à la cytologie conventionnelle.

- Les échantillons obtenus sont plus représentatifs des zones échantillonnées (fine couche de cellules cervicales dépourvues de débris), ce qui limite le nombre de faux négatifs.
- Moins de frottis non satisfaisants.
- L'interprétation de chaque échantillon est facilitée et demande donc moins de temps, augmentant ainsi l'efficacité et par conséquent, le rapport coût-efficacité.
- Le même échantillon peut également servir à la recherche d'ADN du VPH.

Bien qu'à ce jour, aucun essai randomisé contrôlé, comparatif de la LBC avec la cytologie cervicale conventionnelle, n'ait été publié, plusieurs études ont montré que la LBC était plus sensible pour une spécificité identique.

Prestataires de soins

Il suffit d'une brève séance de formation pour que n'importe quel prestataire de soins, capable de réaliser un examen au spéculum (infirmière, infirmière assistante ou aide-soignante, sage-femme, assistant médical, médecin), puisse réaliser un frottis.

Indications

Le frottis de dépistage du cancer du col doit être proposé aux :

- femmes de 25 à 65 ans qui n'ont jamais fait de frottis ou dont le dernier remonte à plus de 3 ans (ou selon l'intervalle de temps défini par les directives nationales) ;
- femmes dont le précédent frottis n'était pas correct ou présentait une légère anomalie ;

- femmes qui se plaignent de saignements inhabituels (en dehors des règles, après un rapport sexuel ou après la ménopause) ou de tout autre symptôme anormal ;
- femmes chez lesquelles on a décelé des anomalies du col.

Interprétation des frottis

Des cytotechniciens qualifiés sont chargés de lire les frottis au laboratoire, sous la supervision d'un pathologiste à qui incombe la responsabilité finale du compte-rendu des résultats. L'interprétation correcte des frottis est indispensable au succès d'un programme de dépistage. Pour entretenir leur compétence et éviter la fatigue, les cytotechniciens doivent lire un minimum de 3000 lames par an et ne pas travailler plus de 5 heures par jour au microscope. Il est également indispensable que tous les laboratoires de cytologie disposent d'un système d'assurance qualité. Pour cela, il existe deux techniques : soit le réexamen rapide de tous les frottis négatifs, soit le réexamen complet de 10% au hasard des frottis initialement déclarés négatifs. Dans les deux cas, c'est un autre cytotechnicien qui procède au réexamen des lames, avec confirmation des frottis anormaux par le pathologiste. L'expérience montre que la technique du réexamen rapide de tous les frottis négatifs est plus efficace et donc d'un meilleur rapport coût-efficacité. Chaque laboratoire doit être équipé de telle sorte qu'il puisse lire un minimum de 15 000 lames par an.⁸ Par conséquent, il ne faut pas décentraliser les services de cytologie dans des structures de soins primaires ou de petits laboratoires. Il est également essentiel d'assurer un transport fiable des échantillons et des résultats d'analyse entre le lieu de prélèvement et le laboratoire.

Élément capital de la qualité des services de laboratoire et de la qualité des soins, la rapidité avec laquelle les résultats d'analyse sont renvoyés à la structure de soins influence fortement le degré de satisfaction des femmes à l'égard des services de dépistage.

RECOMMANDATION

Quand les ressources le permettent, la cytologie est recommandée pour les programmes de dépistage du cancer du col à grande échelle.

⁸ Ce Guide n'est pas destiné à donner une information détaillée concernant les laboratoires de cytologie. On trouvera des renseignements à ce sujet dans les "Sources d'information complémentaire", en fin de chapitre.

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

Il existe de nouvelles méthodes de dépistage basées sur la recherche d'ADN des types de VPH à haut risque dans les frottis vaginaux et cervicaux. On prélève pour cela des cellules cervicales ou vaginales à l'aide d'un écouvillon ou d'une petite brosse. Les cellules sont ensuite placées dans un flacon contenant un liquide conservateur. Le prélèvement peut être réalisé par un agent de santé ou la femme elle-même, en insérant l'écouvillon profondément dans le vagin. Des études comparatives ont cependant montré que l'auto-prélèvement était moins sensible que le prélèvement réalisé par un prestataire de soins. Dans un cas comme dans l'autre, les échantillons sont acheminés vers le laboratoire pour y être traités. La recherche d'ADN du VPH nécessite actuellement un équipement de laboratoire sophistiqué et onéreux. Toutefois, des travaux sont en cours pour développer un test VPH plus simple et plus abordable, susceptible d'être utilisé dans des milieux aux ressources limitées. La présence de types de VPH à haut risque ne signifie pas forcément qu'il y a des lésions précancéreuses ou cancéreuses. Elle indique juste qu'il y a une infection par le VPH. Comme nous l'avons déjà précisé, ces infections sont très fréquentes chez les femmes de moins de 35 ans et la plupart disparaissent spontanément. Lorsqu'il est utilisé comme test de dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses, la sensibilité du test VPH varie de 50 à 95%, la plupart des études indiquant une sensibilité élevée, supérieure ou égale à 85%. Sa spécificité, elle aussi varie de 50% à 95%, avec une moyenne à 84%. En réalité, ce test obtient de meilleurs résultats quand il s'adresse aux femmes de plus de 35 ans, chez qui un test positif a davantage de chance d'être le résultat d'une infection persistante, alors que chez les femmes plus jeunes, il s'agit généralement d'une infection passagère. Ainsi, dans le groupe des femmes de plus de 35 ans, la sensibilité et la spécificité du test VPH atteignent respectivement 89% et 90%. Par ailleurs, la combinaison cytologie/test VPH présente une très forte sensibilité et des valeurs prédictives négatives approchant les 100% (voir Annexe 3). On pourrait donc envisager de diminuer la fréquence du dépistage chez les femmes dont les deux tests, réalisés en même temps, sont négatifs. Cependant, cette combinaison coûte cher. D'autre part, le coût élevé du test VPH et la nécessité à la fois d'un équipement sophistiqué (laboratoire de biologie moléculaire) et de moyens de transport fiables constituent de sérieux obstacles à son utilisation. Par conséquent, la faisabilité de ce test dans les milieux démunis reste encore à démontrer. Toutefois, un nouveau test de détection du VPH, plus rapide, très sensible et meilleur marché, est en cours de développement.



Test VPH



Performance d'un test

Prestataires de soins

Le test de recherche d'ADN du VPH peut être pratiqué par tous les prestataires des différents niveaux de soins, sous réserve que le laboratoire approprié ne soit pas trop éloigné et qu'il existe un moyen fiable de transport des échantillons. Le matériel requis pour le prélèvement est le même que celui utilisé pour les frottis et l'inspection visuelle.

Indications

Le test VPH est rarement utilisé seul dans le cadre d'un dépistage primaire. Il est essentiellement utilisé en combinaison avec la cytologie, soit pour améliorer la sensibilité du dépistage, soit comme « outil de triage » pour identifier parmi les femmes dont le résultat du frottis est à la limite de la significativité, celles qu'il faut orienter vers une colposcopie. Un résultat de frottis «cellules atypiques de signification indéterminée» (ASC-US) constitue en effet la principale indication du test VPH. Parmi les femmes présentant cette anomalie, seules celles dont le test de détection des types de VPH à haut risque est positif seront orientées vers une colposcopie et une biopsie, ce qui permet de réduire considérablement le nombre de colposcopies.

Structures de laboratoire

Le test VPH nécessite des techniciens hautement qualifiés, ainsi qu'une pièce spéciale pour éviter les contaminations. Il exige également un équipement et des réactifs conformes aux spécifications des fabricants du test.

RECOMMANDATION

Pour le moment, les tests VPH sont utilisés comme méthodes de dépistage primaire uniquement dans le cadre de projets pilotes ou dans des circonstances particulières impliquant une étroite surveillance. Dans les milieux disposant de ressources suffisantes, il est possible d'utiliser ces tests conjointement avec la cytologie ou d'autres tests de dépistage. Il ne faut pas utiliser le test VPH pour le dépistage du cancer du col chez les femmes de moins de 30 ans.

Méthodes visuelles

Il existe deux méthodes visuelles :

- l'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) ;
- l'inspection visuelle avec le soluté iodé de Lugol (IVL).



IVA et IVL

Les tests visuels consistent à inspecter le col, sans grossissement optique, après l'avoir badigeonné d'acide acétique dilué (vinaigre) (pour l'IVA) ou de soluté de Lugol (pour l'IVL). Quand on badigeonne le col avec du vinaigre, les anomalies blanchissent momentanément, ce qui permet au prestataire de soins d'évaluer immédiatement si le col est normal (résultat négatif : pas de blanchissement) ou non (résultat positif : blanchissement). Quand on badigeonne le col avec le soluté de Lugol, les lésions précancéreuses et cancéreuses apparaissent bien délimitées, épaisses et de couleur moutarde ou jaune safran, tandis que l'épithélium pavimenteux prend une coloration marron ou noire et que l'épithélium cylindrique reste rose.

Dans la mesure où elles ne nécessitent aucun service de laboratoire, l'IVA et l'IVL constituent des alternatives prometteuses à la cytologie, dans les milieux aux ressources limitées. Elles font donc actuellement l'objet de vastes essais comparatifs randomisés et contrôlés dans les pays en développement. En attendant les résultats de ces études, l'OMS recommande l'utilisation de l'IVA et de l'IVL uniquement dans le cadre de projets pilotes, car l'impact de ces techniques de dépistage sur l'incidence du cancer du col et sa mortalité reste encore à démontrer. On a cependant observé dans des situations expérimentales, une sensibilité moyenne de l'IVA (capacité à identifier les femmes ayant des lésions cervicales précancéreuses et cancéreuses) de presque 77%, avec des valeurs allant de 56% à 94%. Quant à sa spécificité (capacité à identifier les femmes ayant un col sain), elle variait de 74% à 94%, avec une moyenne à 86%. Ces performances de l'IVA à l'œil nu restent les mêmes, que l'on utilise ou non un faible grossissement optique. En ce qui concerne l'IVL, une étude a montré une sensibilité à 92%, beaucoup plus élevée que celle de l'IVA ou de la cytologie. En revanche, sa spécificité (85%) est comparable à celle de l'IVA (86%) et plus faible que celle de la cytologie conventionnelle (90%). Une autre étude a montré que l'IVL était plus reproductible que l'IVA. Ces deux tests visuels peuvent être pratiqués dans des dispensaires ou des unités de soins mobiles. Tous deux rapides et indolores, ils ne nécessitent aucun prélèvement et les résultats sont immédiats.

Avantages

- L'IVA et l'IVL sont des techniques relativement simples, qui peuvent être enseignées aux infirmières, aux sages-femmes et à d'autres agents de santé.
- L'IVA et l'IVL donnent des résultats immédiats et ne nécessitent ni transport, ni équipement de laboratoire, ni personnel de laboratoire.
- L'IVA et l'IVL constituent des approches moins onéreuses que d'autres pour une utilisation en routine.
- Les résultats sont immédiatement disponibles, ce qui évite les visites multiples et réduit ainsi le taux de pertues de vue pendant le suivi.
- L'IVA et l'IVL pourraient être éventuellement utilisées dans le cadre d'une approche « dépister-et-traiter » au cours de la même consultation (visite unique) (voir Chapitre 5).

Inconvénients

- Les tests visuels ont une faible valeur prédictive positive (voir Annexe 3), c'est-à-dire qu'ils sont positifs chez de nombreuses femmes qui n'ont pas de lésions cervicales précancéreuses ou cancéreuses, ce qui entraîne des diagnostics et des traitements superflus et provoque une anxiété inutile.
- Les tests visuels ne sont pas fiables chez les femmes ménopausées, car la zone de remaniement s'est alors très souvent retirée dans le canal endocervical et n'est donc plus visible.
- Les tests visuels ne peuvent pas être archivés pour une vérification ultérieure.
- L'IVA a été évaluée essentiellement dans le cadre du dépistage unique, pas du tout dans le cadre d'un dépistage périodique.



Prestataires de soins

Les infirmières, les sages-femmes, les assistantes infirmières, les médecins et autres agents de santé peuvent tous pratiquer l'IVA, sous réserve d'une supervision et d'une assistance appropriées et constantes. L'approche basée sur les compétences permet en effet d'assurer une formation à l'IVA en 5 à 10 jours. Mais il est ensuite très important qu'un professionnel de santé expérimenté effectue des évaluations régulières pour entretenir la qualité du service. Certaines études ont montré qu'aussitôt après la formation à l'IVA, les prestataires de soins obtenaient davantage de faux positifs. Ce nombre décroît rapidement avec l'expérience, dans les mois qui suivent la formation.

Indications

Quand elles sont adoptées comme méthodes de dépistage dans le cadre d'un programme de lutte contre le cancer du col, l'IVA et l'IVL sont indiquées pour toutes les femmes du groupe d'âge spécifié par les directives nationales uniquement si :

- les femmes ne sont pas ménopausées. En effet, l'inspection visuelle n'est pas conseillée après la ménopause, car la zone de remaniement s'est le plus souvent retirée dans le canal endocervical et n'est donc plus visible lors de l'examen au spéculum ;
- les deux jonctions pavimento-cylindriques nouvelle et originelle (c'est-à-dire la totalité de la zone de remaniement) sont visibles.

Si la patiente ne remplit pas ces conditions et que la structure de soins qui la reçoit ne dispose d'aucune autre méthode de dépistage, elle devra être envoyée vers un autre établissement pour faire un frottis.

RECOMMANDATION

Pour le moment, les méthodes visuelles de dépistage de cancer du col (IVA et IVL) sont recommandées uniquement dans le cadre de projets pilotes ou dans des circonstances particulières impliquant une étroite surveillance. Il n'est pas conseillé de les utiliser chez les femmes ménopausées.

Tableau 4.1 Caractéristiques des différents tests de dépistage du cancer du col

Test	Procédure	Points forts	Limites	Etat des lieux
Cytologie conventionnelle (frottis)	Echantillon de cellules du col prélevé par le prestataire de soins et examiné au laboratoire par des cytotechniciens qualifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisée depuis longtemps • Largement acceptée • Archivage du test • Formation et contrôle-qualité bien établis • De faibles investissements dans les programmes existants suffisent à améliorer les services • Forte spécificité 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats non disponibles immédiatement • Nécessité de systèmes permettant d'assurer la communication à temps des résultats du test et le suivi des femmes • Nécessité d'un système de transport permettant d'acheminer l'échantillon vers le laboratoire et les résultats du test vers la structure de soins • Nécessité d'un système d'assurance qualité des services de laboratoire • Sensibilité moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible dans de nombreux pays depuis les années 1950 • Dans les pays développés, les programmes s'appuyant sur la cytologie ont permis de réduire la mortalité associée au cancer du col

suite à la page suivante

Tableau 4.1 Caractéristiques des différents tests de dépistage du cancer du col (suite)

Test	Procédure	Points forts	Limites	Etat des lieux
Cytologie en milieu liquide (LBC)	Echantillon de cellules du col prélevé à l'aide d'une petite brosse et immergé dans un liquide spécial, avant d'être envoyé au laboratoire pour y être traité et examiné	<ul style="list-style-type: none"> • Moins d'échantillons incorrects ou peu satisfaisants, nécessitant le rappel des patientes pour répéter le dépistage • Quand les cytotechniciens sont compétents, l'examen des échantillons de LBC prend moins de temps • Le même échantillon peut servir à des analyses moléculaires (comme la recherche d'ADN du VPH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats non disponibles immédiatement • Fournitures et équipement de laboratoire plus onéreux que pour la cytologie conventionnelle • A ce jour, il n'y a encore eu aucun essai comparatif contrôlé de la sensibilité et de la spécificité de la LBC par rapport à la cytologie conventionnelle 	Méthode de dépistage choisie par certains pays développés (comme le Royaume-Uni)
Test de recherche d'ADN du VPH	L'échantillon destiné à l'analyse moléculaire du VPH est prélevé à l'aide d'un écouvillon par le prestataire de soins ou la femme elle-même, et envoyé au laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Facilité de prélèvement • Traitement automatisé des échantillons • Possibilité de coupler le test au frot-tis pour améliorer la sensibilité, mais cela augmente le coût du dépistage • Un test négatif indique l'absence de VPH et de morbidité associée • Archivage du test • Forte spécificité chez les femmes de plus de 35 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats non disponibles immédiatement • Coût à l'unité élevé • Nécessité d'un équipement de laboratoire sophistiqué et d'un système de transport des échantillons • Faible spécificité chez les jeunes femmes, entraînant des traitements inutiles • Conservation des réactifs parfois problématique 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible dans le commerce et utilisé dans certains pays développés, en complément à la cytologie • Elaboration en cours de tests meilleur marché

Tableau 4.1 Caractéristiques des différents tests de dépistage du cancer du col (suite)

Test	Procédure	Points forts	Limites	Etat des lieux
Méthodes visuelles (IVA et IVL)	Un prestataire de soins qualifié examine le col après l'avoir badigeonné de vinaigre (pour l'IVA) ou de Lugol (pour l'IVL)	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes relativement simples et bon marché • Résultats immédiatement disponibles • Réalisables par un large éventail de personnel soignant, après une rapide formation • Infrastructure de base suffisante • Possibilité de combiner le dépistage avec un traitement dans le cadre d'une approche à visite unique 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte variabilité des prestataires de soins • Faible spécificité entraînant un taux élevé d'orientation-recours des patientes et des traitements inutiles • Le test ne peut pas être archivé • Ne convient pas chez les femmes ménopausées • Manque de standardisation • Nécessité de cours de recyclage réguliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de preuves de leur performance • Recommandées pour le moment uniquement dans le cadre de projets pilotes • Vastes essais contrôlés randomisés, actuellement en cours, pour déterminer l'impact de ces méthodes sur l'incidence du cancer du col et la mortalité associée

SUIVI

Suivi et prise en charge des femmes dont le test de dépistage est positif (résultat anormal)

Le dépistage à lui seul ne permettra pas de prévenir un seul cas de cancer du col, s'il n'est pas associé à un système efficace de suivi et de traitement des femmes dont le test est positif. C'est ce système de suivi et de traitement qui constitue sans doute l'élément le plus important d'un programme réussi de prévention du cancer du col.

En théorie, toutes les femmes doivent recevoir le résultat de leur test de dépistage, qu'il soit positif ou négatif. Mais en pratique, les ressources ne le permettent pas toujours. Dans ce cas, il faut au moins donner les résultats aux femmes dont le test est positif. Il convient également de les informer du suivi qui leur sera nécessaire, selon les protocoles nationaux ou d'après les recommandations figurant en Annexe 4.



Dans la mesure où le suivi est essentiel à la bonne santé des femmes et à la réussite des programmes de prévention, il faut à tout prix réussir à contacter les femmes dont le test est positif. Pour cela, il existe différents moyens :

- lors de la consultation de dépistage, noter l'adresse de la femme ou toute autre information permettant de la contacter (avec son accord) ;
- pendant la séance de conseil et après le test de dépistage, il faut bien faire comprendre aux femmes l'intérêt pour elles de revenir chercher leurs résultats et de bénéficier d'un suivi ;
- chaque dispensaire doit établir une liste de toutes les femmes dont le test est anormal, en précisant si elles ont reçu leurs résultats et si elles ont bénéficié d'un suivi. Une personne sera spécialement désignée pour vérifier que le suivi a bien lieu.

En ce qui concerne les femmes qui ne reviennent pas chercher leurs résultats, comme on le leur a demandé, les prestataires de soins peuvent :

- leur envoyer une lettre ;
- leur téléphoner chez elles ou sur leur lieu de travail ;
- demander aux ASC de les contacter directement chez elles.

Les responsables et les prestataires de soins peuvent également élaborer d'autres types d'approche, localement plus adaptés, pour aller au-devant des femmes dont les tests de dépistage sont positifs.

Les structures de soins doivent faire leur possible pour retrouver les femmes dont le test est positif, quand elles ne reviennent pas chercher leurs résultats à la date prévue.

Tenue des dossiers

Les systèmes de dossiers doivent être compatibles entre eux à travers tout le pays, de sorte que toutes les données rassemblées par le programme de lutte contre le cancer du col puissent être comparées. Le système d'information comprend le dossier médical de chaque femme, les rendez-vous prévus en précisant ceux auxquels elle s'est présentée ou non. Il peut s'agir d'une simple fiche écrite ou d'un système informatisé. Il est également possible d'utiliser un registre pour inscrire le nom des femmes dépistées et noter les résultats de leur test. Quand les femmes doivent revenir chercher leurs résultats, il faut mettre en place un système qui garantit que toutes celles dont le test est positif seront bien informées et que les femmes difficiles à localiser seront identifiées. On trouvera en Annexe 7 des modèles de formulaires destinés au suivi.



Documents

ACTIVITES DE DEPISTAGE AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE SOINS

4

Chapitre 4 : Dépistage du cancer du col de l'utérus

Au sein de la population



- Eduquer et informer la communauté, promouvoir les programmes de dépistage et encourager les femmes à y participer.
- Orienter les femmes admissibles vers les services de dépistage.
- Aider les femmes à se rendre aux consultations de dépistage.
- Participer au suivi des femmes dont le test est positif, pour s'assurer qu'elles retournent bien au dispensaire pour recevoir un traitement.

Au dispensaire



- Assurer le dépistage à l'aide des méthodes spécifiées par les directives nationales et en l'intégrant à d'autres services.
- Former, assister et superviser les ASC.
- Travailler avec les ASC pour éduquer les femmes et les inviter à se faire dépister.
- Participer aux campagnes de promotion de la santé pour inciter les femmes à se faire dépister.
- Assurer le conseil et l'éducation à la santé à l'intérieur même du dispensaire, mais aussi au sein de la communauté.
- Informer les femmes dont le test est positif et leur donner des conseils concernant le suivi, le diagnostic et le traitement dont elles ont besoin.
- Mettre en place un système d'information précis, permettant d'identifier et de suivre correctement les femmes après qu'elles aient reçu un traitement.

A l'hôpital de district



- Assurer le dépistage conformément aux directives du programme national.
- Informer les femmes dont le test est positif et leur donner des conseils concernant le suivi, le diagnostic et le traitement dont elles ont besoin.
- Former, assister et superviser les prestataires du niveau de soins primaires (dispensaire).
- Gérer l'orientation des patientes sur les niveaux de soins supérieurs et inférieurs.

A l'hôpital central



- Assurer le dépistage des femmes qui sont vues en consultation.
- Autant que possible, assurer des services de laboratoire centralisés pour la cytologie, la pathologie et la biologie moléculaire.
- Interpréter les résultats des tests de dépistage et de l'histologie et vérifier qu'ils ont bien été reçus par le site où a eu lieu le dépistage.
- Former le personnel médical, assister et superviser les prestataires des niveaux de soins inférieurs.
- Organiser l'orientation des patientes et les contacts avec les niveaux de soins inférieurs.

Messages dans le cadre du conseil

Ce qu'il faut dire aux femmes qui viennent de faire un test de dépistage :

- si quoi que ce soit d'anormal a été observé ;
- à quel moment les résultats seront disponibles ;
- la date de leur prochain rendez-vous.

Ce qu'il faut dire aux femmes qui reviennent chercher les résultats du dépistage :

- le résultat de leur test et ce qu'il signifie ;
- quand elles doivent revenir faire un test de dépistage, si le résultat est normal ;
- quel est le suivi nécessaire, en cas de résultat non satisfaisant ou anormal ;
- où aller pour bénéficier d'un suivi et quand.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE

- ACCP. *Planning and implementing cervical cancer prevention programs : a manual for managers*. Seattle WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004.
- Arbyn M. *A technical guideline : collection of adequate Pap smears of the uterine cervix*. Bruxelles, Scientific Institute of Public Health, 2001.
- *Cervical cancer prevention : guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO Corporation, 2001.
- CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I. A guide for programme managers*. New York, Cervical Health Implementation Project, South Africa, University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth, 2004.
- CIRC. *A practical manual on visual screening for cervical neoplasia*. Lyon, IARC-Press, 2003.
- CIRC. *Cervix cancer screening*. Lyon, IARC Press, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10).
- *Infection prevention : a reference booklet for health care professionals*. New York, EngenderHealth, 2001.
- *Infection prevention curriculum : a training course for health care providers and other staff at hospitals and clinics*. New York, EngenderHealth, 1999.
- Miller AB. *Cervical cancer screening programmes, managerial guidelines*. Genève, OMS, 1992.
- PATH. *Planning appropriate cervical cancer prevention programs*. Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2000.
- PATH VIA/VILI curriculum. Course in visual methods for cervical cancer screening. Dans : Tsu V et al., *Western Kenya Cervical Cancer Prevention Project Final Report*. Seattle, WA, Program for Appropriate Technology in Health, 2004 (Annexe 10).
- Salas Diehl I, Prado Buzeta R, Muñoz Magna R. *Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- OMS. *Cervical cancer screening in developing countries. Report of a WHO Consultation*. Genève, 2002.

FICHE PRATIQUE 6 : OBTENTION DU CONSENTEMENT ECLAIRE

FP6

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les femmes doivent donner leur consentement éclairé avant de subir le test de dépistage du cancer du col. Cela signifie qu'elles ont compris ce qui va se passer, notamment ce qu'elles risquent à faire ou à ne pas le faire le dépistage, et qu'elles donnent l'autorisation au prestataire de soins de leur faire subir le test. Il faut bien leur faire comprendre qu'il n'y aura pas de sanction en cas de refus de leur part.

Lors de la demande du consentement éclairé :

- expliquez à la femme ce que vous allez faire et demandez-lui son consentement, avant de commencer tout examen ou intervention. Lui demander son consentement éclairé "après coup" serait contraire à l'éthique ;
- demandez-lui l'autorisation de la contacter chez elle ou sur son lieu de travail, au cas où ce serait nécessaire (par exemple, pour lui donner les résultats de son test de dépistage ou lui rappeler la date de la prochaine consultation) ;
- les membres de la famille peuvent participer à la discussion uniquement si la femme a donné sa permission explicite ;
- utilisez un minimum de termes médicaux. Expliquez les termes techniques qui n'ont pas d'équivalent dans la langue locale ;
- vous pouvez vous aider de dessins ou de photos pour illustrer vos explications ;
- soyez clair et direct ; n'employez pas de termes évasifs ou compliqués, du style "grosseur" ou "néoplasme" ;
- n'embrouillez pas la patiente avec un excès d'explications, mais prenez soin d'aborder tous les points importants ;
- donnez lui un peu de temps pour enregistrer tout ce que vous venez de dire. Puis, laissez-la vous poser des questions. Une fois que toutes ses interrogations auront été abordées, alors seulement vous pourrez lui demander son consentement de façon formelle ;
- il est parfois important d'un point de vue culturel d'impliquer une tierce personne dans le processus décisionnaire (le partenaire, par exemple). Vous devez cependant vous assurer que les volontés de la femme sont bien respectées.

FP 6

EXPLICATION DES PROCEDURES MEDICALES ET DE LEUR DEROULEMENT

Vous trouverez les explications nécessaires à l'information des patientes dans les différents chapitres de ce Guide et les fiches pratiques. Vous pouvez bien sûr les adapter aux situations individuelles, afin d'expliquer les procédures en des termes que la patiente et sa famille peuvent comprendre.

ETAPES POUR L'OBTENTION DU CONSENTEMENT ECLAIRE**Au préalable**

1. Veillez à l'intimité et précisez que le principe de confidentialité est toujours respecté dans votre établissement.
2. Conformez-vous au règlement de votre établissement en ce qui concerne l'obtention du consentement éclairé.
3. Appliquez les principes généraux de conseil et de bonne communication. Ecoutez soigneusement la femme et abordez les points qui la préoccupent ; donnez-lui le temps de comprendre et de faire son choix.
4. Demandez-lui si elle souhaite la présence de proches pour prendre sa décision ou si elle préfère en discuter tranquillement avec eux, chez elle. Ne la forcez pas à prendre une décision avant qu'elle ne soit prête.



Conseil

Demande du consentement éclairé

5. Donnez tous les renseignements utiles sur le test, l'intervention ou le traitement préconisé, ainsi que sur les alternatives possibles. Pour expliquer des interventions comme la cryothérapie, la chirurgie et la radiothérapie, appuyez-vous sur les explications contenues dans ce Guide, en les adaptant à chaque situation individuelle et au contexte de la structure de soins dans laquelle vous exercez. Dans tous les cas, précisez bien :
 - le but de l'intervention ;
 - ses bénéfices potentiels ;
 - les risques encourus à faire ou à ne pas faire ce que vous proposez ;
 - la nécessité ou non d'une anesthésie ou d'une hospitalisation ;
 - les éventuels effets secondaires et complications et comment réagir ;
 - la durée de la convalescence ;
 - le coût ;
 - les chances de succès ou d'échec.

6. Demandez à la patiente si elle a des questions et répondez-y.
7. Vérifiez qu'elle a bien compris, en lui demandant par exemple de répéter certains points compliqués ou particulièrement importants. Vous pouvez également reprendre les principaux points en des termes différents, par exemple : "Avez-vous bien compris que vous ne devez pas avoir de relations sexuelles pendant 4 semaines après cette intervention ? Comment pensez-vous que votre mari va réagir ?"
8. Rectifiez les méprises.
9. Notez par écrit, sur le formulaire de consentement ou dans le dossier médical (selon les directives de votre établissement) que :
 - vous confirmez que la patiente a bien compris l'information ;
 - c'est de son plein gré qu'elle accepte (ou refuse) de subir un examen ou un traitement.

FP 6

Fiche pratique 6 : Obtention du consentement éclairé

FICHE PRATIQUE 7 : RECUEIL DES ANTECEDENTS ET DEROULEMENT DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE⁹

FP 7

Fiche pratique 7 : Recueil des antécédents et déroulement de l'examen gynécologique

Le recueil des antécédents fait partie du dépistage du cancer du col. Il permet de savoir si la femme est/a été exposée à des facteurs de risque particuliers ou si elle manifeste des symptômes évoquant la maladie. L'agent de santé procédera ensuite à un examen gynécologique.

Equipement et matériel requis :

- fiche médicale et crayon ;
- illustrations des organes pelviens, si possible ;
- eau et savon pour le lavage des mains ;
- source lumineuse pour éclairer le col ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau ;
- spéculums de différentes taille, soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles) ;
- petit récipient d'eau chaude pour lubrifier et réchauffer le spéculum ;
- solution de chlore à 0,5% pour décontaminer les instruments et les gants.

RECUEIL DES ANTECEDENTS

Interroger la patiente sur :

- son âge, son niveau d'éducation, le nombre de grossesses, d'accouchements et d'enfants, la date de ses dernières règles, les caractéristiques de son cycle menstruel, sa contraception actuelle et son passé contraceptif ;
- les dates et les résultats de ses précédents tests de dépistage du cancer du col ;
- ses antécédents médicaux, en particulier médicaments ou allergies à certains médicaments ;
- ses antécédents sociaux, y compris les facteurs susceptibles d'accroître son risque de cancer du col ;

9 D'après : Burns A et al. Where women have no doctor. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997 ; et OMS. *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles*. Genève, 2005.

- ses antécédents sexuels, notamment l'âge de son premier rapport et de sa première grossesse, le nombre de ses partenaires, les IST et tout comportement susceptible de laisser supposer un risque plus élevé de cancer du col ;
- les symptômes et signes évoquant un cancer du col ou d'autres pathologies.

DEROULEMENT DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Après avoir recueilli les antécédents, procéder à l'examen gynécologique. Celui-ci se déroule en trois temps :

- examen des organes génitaux externes ;
- examen au spéculum ;
- examen bimanuel.

Avant l'examen

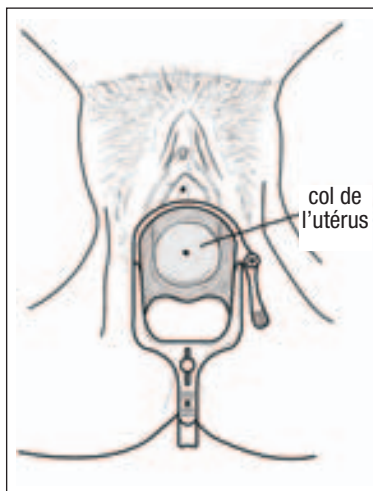
1. Avoir à disposition l'équipement et le matériel requis. Vérifier que le spéculum est à bonne température.
2. Quand il est prévu de faire une intervention ou un test (par exemple, un frottis), expliquer à la patiente de quoi il s'agit, son intérêt et la date à laquelle elle peut espérer obtenir les résultats.
3. Demander à la patiente si elle a des questions et y répondre franchement.
4. Expliquer à la patiente en quoi consiste l'examen et lui montrer le spéculum.
5. Demander à la patiente de vider sa vessie (uriner) et d'ôter ses vêtements du bas, à partir de la taille. Prendre soin de ménager sa pudeur.
6. Positionner la patiente sur la table d'examen.

Examen des organes génitaux externes

7. Examiner en douceur — avec la main gantée — les parties génitales externes à la recherche d'inflammations, de grosseurs, d'un gonflement, d'un écoulement inhabituel, de lésions, de coupures et de cicatrices autour des organes génitaux et entre les plis cutanés de la vulve. Ces signes peuvent évoquer une IST.

Examen au spéculum

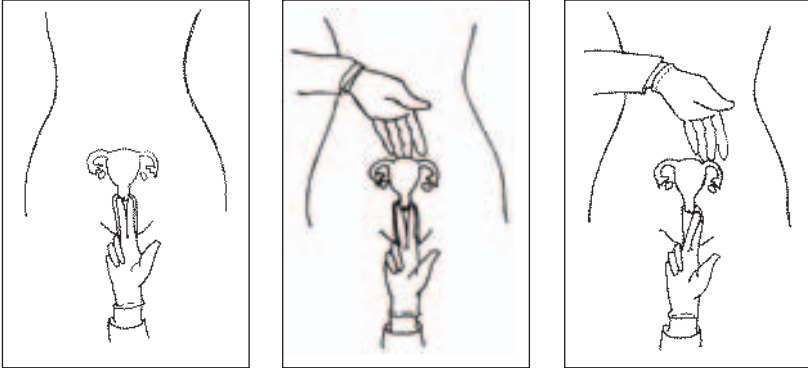
8. Maintenir les lames du spéculum bien serrées et les glisser à l'intérieur du vagin. Veiller à ne pas appuyer sur l'uretère ou le clitoris qui sont des zones très sensibles. Lorsque le spéculum est introduit à moitié dans le vagin, le faire pivoter de sorte que la poignée soit orientée vers le bas. Ecarter délicatement les lames et observer le col. Bouger lentement et délicatement le spéculum jusqu'à ce que vous puissiez apercevoir tout le col. Serrer la vis (ou verrouiller le spéculum en position ouverte), afin qu'il reste en place.



9. Contrôler le col dont l'aspect doit être rosé, rond et lisse. Il peut y avoir de petits kystes jaunâtres, des zones inflammatoires sur le pourtour de l'ouverture (orifice cervical) ou de la glaire cervicale translucide ; tout ceci est normal.
10. Recherches des anomalies :
 - a. écoulement vaginal et aspect inflammatoire des parois vaginales, signes habituels d'une vaginite. Si l'écoulement est blanc et caillebotté, il s'agit probablement d'une candidose ;
 - b. ulcérations, lésions ou vésicules. La syphilis, le chancre, le virus herpès et dans certains cas, un cancer, peuvent provoquer des ulcérations génitales. Les lésions et les vésicules sont généralement signes d'une infection par le virus herpès ;
 - c. col utérin qui saigne facilement au toucher avec un écouvillon ou pertes mucopurulentes, signes d'une infection cervicale ;
 - d. grosseur anormale ou tumeur, signes évoquant un cancer du col.
11. Tirer doucement le spéculum vers soi jusqu'à ce que les lames soient sorties du col, fermer les lames et retirer le spéculum.

Examen bimanuel

L'examen bimanuel permet de palper les organes génitaux à l'intérieur de l'abdomen.



12. Vérifier la sensibilité à la mobilisation du col. Main gantée, introduire l'index et le majeur dans le vagin de la femme. Tourner la paume de la main vers le haut. Palper le col pour vérifier s'il est bien ferme et rond. Puis prendre le col entre les deux doigts et le faire bouger délicatement, tout en observant l'expression du visage de la femme. Si ce geste cause une douleur (la femme fait une grimace), ceci indique une sensibilité à la mobilisation du col, signe possible d'une infection de l'utérus, des trompes ou des ovaires [maladie inflammatoire pelvienne (MIP)]. Si le col est mou, la femme est peut-être enceinte.
13. Palper l'utérus en appuyant légèrement sur le bas de l'abdomen avec l'autre main, pour rapprocher l'utérus, les trompes et les ovaires des deux doigts insérés dans le vagin. L'utérus peut être incliné en avant ou en arrière. Une fois que vous le sentez, évaluer sa taille et sa forme. Il doit être ferme, lisse et plus petit qu'un citron.
 - Si l'utérus est mou et gros, la femme est probablement enceinte.
 - Si l'utérus est irrégulier et dur, elle a peut-être un fibrome ou une autre grosseur.
 - S'il est douloureux au toucher, elle a peut-être une infection.
 - S'il ne bouge pas librement, les cicatrices d'une ancienne infection peuvent en être l'explication.

14. Palper les trompes et les ovaires. S'ils sont normaux, ils seront difficiles à sentir. Toute grosseur plus volumineuse qu'une amande ou très douloureuse, peut être le signe d'une infection ou de toute autre pathologie à traiter d'urgence. Si la femme présente une grosseur douloureuse associée à un retard de règles, il s'agit peut-être d'une grossesse extra-utérine (ectopique), auquel cas il faut *immédiatement faire appel à un médecin*.
15. Glisser les doigts le long de la paroi vaginale pour s'assurer qu'il n'y a ni grosseur, ni déchirure, ni lésion inhabituelles.
16. Demander à la femme de tousser ou de pousser comme pour aller à la selle. Vérifier si quelque chose fait saillie à l'intérieur du vagin. Si c'est le cas, il peut s'agir d'une descente d'utérus ou de vessie (prolapsus).

Après l'examen

17. Placer l'équipement et les gants utilisés dans la solution de décontamination.
18. Se laver les mains à l'eau et au savon.
19. Noter les observations sur la fiche médicale.
20. Dire à la femme si son examen est normal ou si vous avez constaté quelque chose d'inhabituel ou d'anormal, et lui expliquer ce que cela signifie.
21. Si vous avez constaté des signes d'IST, traiter immédiatement la femme et son partenaire conformément aux directives nationales ou à celles de l'OMS.¹⁰ Leur donner des préservatifs et leur apprendre à les utiliser. Si vous diagnostiquez une infection cervicale aiguë ou une MIP, donner un traitement comme indiqué en Annexe 8.
22. Si vous constatez quoi que ce soit qui exige un traitement d'urgence ou dont votre établissement ne peut se charger (par exemple, grossesse extra-utérine, prolapsus, tumeur du col), orienter la patiente vers un niveau de soins supérieur.
23. Lui fixer une date pour la visite de contrôle, si nécessaire.



10 OMS. *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles*. Genève, 2005.

FP 7

Fiche pratique 7 : Recueil des antécédents et déroulement de l'examen gynécologique

FICHE PRATIQUE 8 : RÉALISATION DU FROTTIS

FP 8

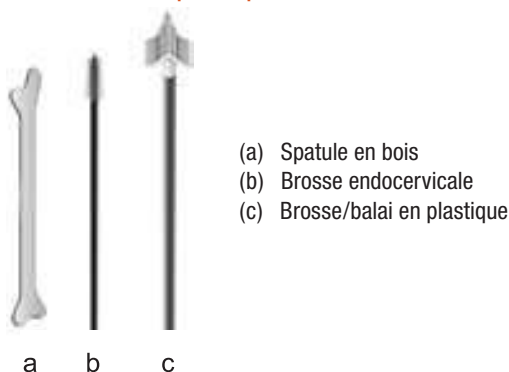
Fiche pratique 8 : Réalisation du frottis

La préparation du frottis de Papanicolaou consiste à prélever un échantillon de cellules du col à l'aide d'une spatule ou d'une brosse (voir figure FP8.1) et à les étaler sur une lame, afin de rechercher au microscope les cellules anormales (précancéreuses ou cancéreuses). Quand un frottis présente des cellules anormales, il est considéré positif. La plupart des femmes dont le frottis est positif devront subir des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et déterminer si un traitement s'impose.¹¹

Équipement et matériel requis pour faire un frottis conventionnel :

- savon et eau pour le lavage des mains ;
- source lumineuse pour examiner le col ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau ;
- spatule en bois ou en plastique à long manche (ou autre instrument de prélèvement) ;
- lame de verre avec un bord dépoli et crayon pour l'étiquetage ;
- liquide fixateur ;
- formulaire de compte-rendu des résultats ;
- petit récipient d'eau chaude pour lubrifier et réchauffer le spéculum ;
- solution de chlore à 0,5% pour décontaminer les instruments et les gants.

Figure FP8.1 instruments pour le prélèvement destiné au frottis



¹¹ Quand le frottis indique la présence d'ASC-US ou d'une LIEBG, seules les lésions persistantes (détectées par deux frottis consécutifs espacés de 6 mois à 1 an) nécessitent un examen plus approfondi.

FP 8

PREPARATION DU FROTTIS

Remarque :

- le prélèvement doit être réalisé de préférence en dehors de la période de règles ou de tout épisode infectieux aigu. Il peut être fait en cas de saignement vaginal peu abondant ;
- la grossesse n'est pas le moment idéal pour faire un frottis, parce qu'elle donne souvent lieu à des résultats erronés. Cependant, si la femme appartient au groupe d'âge cible et qu'il y a peu de chance qu'elle revienne consulter après l'accouchement, il est préférable de faire le frottis.

Se servir de la Fiche Pratique 4 pour assurer le conseil, avant de procéder à un quelconque examen, test ou intervention. Le conseil spécifique aux frottis est intégré à la description ci-dessous.



Conseil

Avant le prélèvement

1. Expliquer à la femme le déroulement du frottis, ce qu'il peut montrer et pourquoi il est important qu'elle revienne chercher les résultats et fasse ce qu'il faut. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Procéder à l'examen au spéculum selon les indications de la Fiche Pratique 7.



Consentement éclairé

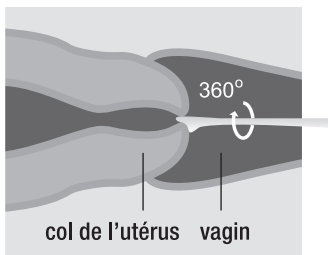


Examen gynécologique

Prélèvement à l'aide d'une spatule en bois

3. Insérer l'embout allongé de la spatule dans l'orifice cervical et effectuer une rotation sur 360 degrés.

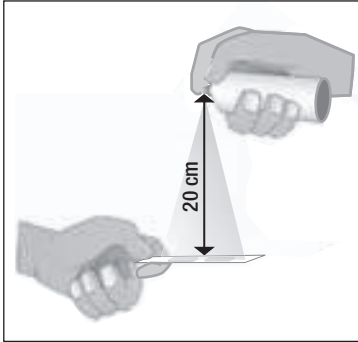
Figure FP8.2 Prélèvement d'un échantillon de cellules cervicales à l'aide



4. Étaler uniformément et délicatement les deux côtés de la spatule sur une lame de verre. Si vous constatez des anomalies en dehors de la zone de prélèvement, prélever un échantillon séparé et l'étaler sur une autre lame.

- Fixer immédiatement chaque lame, en vaporisant le liquide fixateur à angle droit, à 20 cm de distance, ou en immergeant la lame pendant 5 minutes dans un récipient contenant de l'éthanol à 95%.

Figure FP8.3 Fixation d'un frottis conventionnel



Si la lame n'est pas immédiatement fixée, les cellules vont se dessécher et perdre leurs caractéristiques morphologiques, empêchant ainsi toute lecture précise du frottis au laboratoire.

- Fermer le spéculum et le retirer délicatement.
- Immerger tous les instruments utilisés dans la solution de décontamination.

Après le prélèvement

- Noter soigneusement sur le bord dépoli de chaque lame, le nom de la femme, son numéro d'enregistrement et la date.
- Noter dans le dossier médical toutes vos observations en les accompagnant de dessins : visibilité de la zone de remaniement, zones inflammatoires, ulcérations ou lésions, écoulement anormal. Préciser si d'autres prélèvements ont été effectués (par exemple frottis préparés à partir d'autres régions du col et analyses d'IST) et si la patiente a été orientée ailleurs, vers qui et quand.
- Demander à la femme si elle a des questions.
- Lui préciser quand et comment elle recevra le résultat du frottis et souligner combien il est important qu'elle revienne les chercher. Idéalement, la structure de soins devrait recevoir les résultats 2 à 3 semaines après l'envoi du frottis. Il n'est pas acceptable qu'un laboratoire mette plus d'un mois pour rendre le compte-rendu d'analyse.

FP 8

12. Si vous constatez quoi que ce soit d'anormal pour lequel vous préférez orienter la femme vers un niveau de soins supérieur, expliquer lui pourquoi, où elle doit aller, quand et qui elle doit consulter. Insister sur l'importance de bien se rendre à cette consultation.
13. Suggérer à la femme d'inciter ses amies et ses proches appartenant au groupe d'âge cible à venir faire un frottis.

Suivi

14. Quand la femme revient, lui donner le résultat de son test de dépistage, lui expliquer ce qu'il signifie et lui préciser ce qu'elle doit faire, à savoir :
 - si le test est négatif (normal), lui conseiller d'en refaire un dans 3 ans (ou conformément aux directives nationales ;
 - dans les autres cas, utiliser l'organigramme en Annexe 4a pour informer la patiente des modalités du suivi.



Organigramme Frottis

15. Si une femme dont le frottis est anormal ou peu satisfaisant, ne revient pas chercher ses résultats, essayer de la contacter grâce aux différents moyens décrits dans ce chapitre. Vous trouverez en Annexe 7, un modèle de lettre à adresser à ces patientes.



Documents

Votre tâche n'est pas terminée, tant que vous n'avez pas informé chaque femme des résultats de son test, du moins celles dont le test est positif.

FICHE PRATIQUE 9 : PRELEVEMENT DES ECHANTILLONS POUR LA RECHERCHE D'ADN DU VPH

FP9

On recherche l'ADN du VPH dans les sécrétions cervicales et vaginales prélevées à l'aide d'un écouvillon ou d'une petite brosse et placées dans un liquide spécial pour être envoyées au laboratoire. Là, on recherchera dans ces échantillons la présence de VPH, susceptible d'induire des modifications dans les cellules tapissant le col. En aucun cas, ce test ne permet de poser un diagnostic de lésions précancéreuses ou de cancer du col.

Équipement et matériel requis pour le prélèvement des échantillons destinés à l'analyse du VPH :

- savon et eau pour le lavage des mains ;
- source de lumière pour examiner le col ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau ;
- petite brosse ou écouvillon souple ;
- petit récipient contenant du liquide fixateur ;
- formulaire de compte-rendu des résultats ;
- petit récipient d'eau chaude pour lubrifier et réchauffer le spéculum ;
- solution de chlore à 0,5% pour décontaminer les instruments et les gants.

PRELEVEMENT D'UN ECHANTILLON POUR LE TEST VPH

Remarque :

- le prélèvement doit être réalisé de préférence en dehors de la période de règles. Il peut être fait en cas de saignement vaginal peu abondant ;
- là où le test VPH est le plus utile, c'est quand il est couplé à la cytologie cervicale dans le cadre du dépistage du cancer du col chez les femmes de plus de 35 ans.

Se servir de la Fiche Pratique 4 pour dispenser le conseil avant de procéder à un quelconque examen, test ou intervention. Le conseil spécifique à la recherche du VPH est intégré à la description ci-dessous.



Conseil

Avant le prélèvement

1. Expliquer à la femme en quoi consiste le test VPH et ce qu'il signifie lorsqu'il est positif. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Procéder à l'examen au spéculum selon les indications de la Fiche Pratique 7.



Examen
gynécologique

Prélèvement

3. A l'aide d'une brosse ou d'un écouvillon, prélever des cellules au fond du vagin et sur le pourtour de l'orifice cervical.
4. Placer la brosse ou l'écouvillon dans un flacon contenant du liquide fixateur.
5. Fermer le spéculum et le retirer délicatement.
6. Immerger tous les instruments utilisés dans la solution de décontamination.
7. Etiqueter le flacon avec le nom de la femme, son numéro d'enregistrement et la date.

Après le prélèvement

8. Informer la femme de toute anomalie observée.
9. Noter sur sa fiche vos observations et les caractéristiques du prélèvement effectué.
10. Lui préciser quand elle doit revenir chercher ses résultats.
11. Si vous constatez quoi que ce soit d'anormal pour lequel vous préférez orienter la patiente sur un niveau de soins supérieur, expliquez lui pourquoi, où elle doit aller, quand et qui elle doit consulter. Insister sur l'importance de bien se rendre à cette consultation.

Autre méthode : auto-prélèvement

1. Expliquer à la femme comment effectuer elle-même le prélèvement, en respectant les instructions du fabricant du test.
2. Lui fournir les écouvillons et le récipient contenant le liquide conservateur.
3. La femme peut faire le prélèvement au dispensaire, si celui-ci dispose d'un lieu privé, soit chez elle.

4. Si elle effectue le prélèvement chez elle, elle doit ramener l'échantillon le plus vite possible au dispensaire, en tout cas, dans le délai spécifié par le fabricant du test.
5. Envoyer l'échantillon au laboratoire d'analyses.

Suivi

12. Quand la femme revient, lui donner le résultat du test — qu'il s'agisse d'un auto-prélèvement ou non — lui expliquer ce qu'il signifie et, si besoin, la prévenir qu'elle devra peut-être subir des examens complémentaires ou suivre un traitement.
13. Quand le test VPH est utilisé comme outil de dépistage primaire, il faut orienter vers une colposcopie toutes les femmes dont le test est positif. En revanche, s'il est couplé à un frottis dont le résultat indique une ASC-US, seules les femmes dont le test de détection des types de VPH à haut risque est positif, doivent être orientées vers une colposcopie et une biopsie.
14. Soyez prêt à répondre à toutes les questions concernant les implications d'un test VPH positif.



QFP

FP9

Fiche pratique 9 : Prélèvement des échantillons pour le test de recherche d'ADN du VPH

FICHE PRATIQUE 10 : METHODES VISUELLES DE DEPISTAGE

FP 10

Le test de dépistage visuel consiste à badigeonner le col de l'utérus avec de l'acide acétique (pour l'IVA) ou du soluté de Lugol (pour l'IVL) et à regarder si une coloration apparaît. Un test IVA est positif, si l'application d'acide acétique sur le col fait apparaître des plaques blanchâtres épaisses aux bords surélevés (régions épithéliales acidophiles). Un test IVL est positif, lorsque l'application de soluté de Lugol sur le col fait apparaître des régions colorées en jaune safran ou jaune moutarde, généralement proches de la JPC. Dans tous les cas, que ce soit avec l'IVA ou l'IVL, on suspectera l'existence d'un cancer, si on observe sur le col une tumeur ou une ulcération proliférative semblable à un chou-fleur. En revanche, l'IVA et l'IVL seront négatives si la couche épithéliale qui tapisse le col est lisse et uniforme, qu'elle reste rose après application d'acide acétique et vire au marron foncé, presque noir, après application du soluté de Lugol.

Équipement et matériel requis pour les tests visuels :

- savon et eau pour le lavage des mains ;
- puissante source de lumière pour examiner le col ;
- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas nécessaire qu'ils soient stériles) ;
- table d'examen recouverte d'un linge ou d'un papier propre ;
- écouvillons en coton ;
- solution d'acide acétique diluée (3-5%) ou de vinaigre blanc ;
- soluté de Lugol ;
- solution de chlore à 0,5% pour décontaminer les instruments et les gants ;
- formulaire de compte-rendu des résultats.

DEROULEMENT DE L'INSPECTION VISUELLE

Remarque :

- il n'est pas conseillé d'utiliser ces méthodes visuelles chez les femmes ménopausées, parce que la zone de remaniement s'est le plus souvent retirée à l'intérieur du canal endocervical et n'est donc pas visible lors de l'examen au spéculum.

Avant l'inspection visuelle

1. Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen, son déroulement et ce que signifie un résultat positif. Vérifier qu'elle a bien compris et lui demander son consentement éclairé.
2. Procéder à l'examen au spéculum selon les indications de la Fiche Pratique 7.



Consentement éclairé



Examen gynécologique

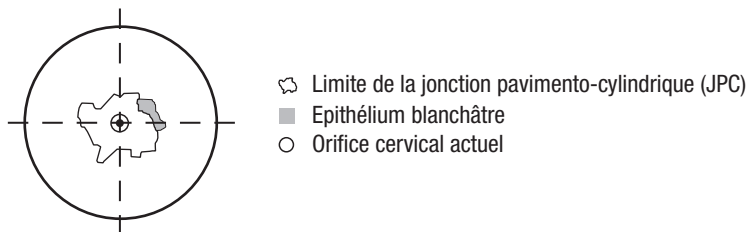
Inspection visuelle

3. Positionner la source de lumière de façon à avoir la meilleure vision possible du col.
4. A l'aide d'un écouvillon en coton, ôter du col toute trace de sang, d'écoulement ou de mucus.
5. Identifier la JPC et la région qui l'entoure.
6. Badigeonner le col d'acide acétique ou de soluté de Lugol ; attendre une minute ou deux, le temps que des changements de coloration apparaissent. Observer toute modification d'aspect du col. Faire particulièrement attention aux anomalies proches de la zone de remaniement.
7. Examiner soigneusement la JPC et vérifier qu'elle est entièrement visible. Noter si le col saigne facilement. Si on utilise de l'acide acétique, rechercher des plaques blanchâtres, épaisses, aux bords surélevés (régions épithéliales acidophiles). Si on utilise le soluté de Lugol, rechercher des régions colorées en jaune safran. Ôter le sang ou les débris.
8. Utiliser un nouvel écouvillon en coton pour ôter l'excès d'acide acétique ou de soluté de Lugol dans le vagin et sur le col.
9. Retirer délicatement le spéculum.

Après l'inspection visuelle

10. Noter vos observations et le résultat de l'inspection visuelle sur le formulaire de compte-rendu et les accompagner d'un dessin légendé des anomalies observées (Figure FP10.1).

Figure FP10.1 Dessin légendé des observations faites au cours de l'IVA



11. Parler des résultats de l'inspection visuelle avec la patiente. Si l'examen est négatif, lui demander de revenir faire un dépistage dans trois ans. Si l'examen est positif ou si un cancer est suspecté, lui expliquer les prochaines étapes (voir Annexes 4a et 4b concernant respectivement l'approche standard et l'approche dépister-et-traiter). Si la patiente a besoin d'exams complémentaires ou d'un traitement, organiser les rendez-vous et donner à la patiente tous les documents et renseignements nécessaires, avant qu'elle ne parte. Si vous pouvez prendre les rendez-vous immédiatement, faites-le sans hésiter.



Organigramme Frottis
Dépister-et-traiter

FP 10

Fiche pratique 10 : Méthodes visuelles de dépistage

5

CHAPITRE 5 : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS

CHAPITRE 5 : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS

Points essentiels

- Toutes les femmes, dont le test de dépistage est positif ou anormal, doivent subir des examens complémentaires pour qu'un diagnostic définitif puisse être établi.
- L'analyse histologique d'un tissu obtenu par biopsie dirigée sous contrôle colposcopique représente la méthode diagnostique standard des lésions précancéreuses du col.
- L'approche "dépister-et-traiter" consiste à traiter les lésions cervicales en tenant compte uniquement des résultats d'un test de dépistage positif, sans passer par un test diagnostique complémentaire. Il s'agit d'une nouvelle approche dont l'impact à long terme sur l'incidence du cancer du col reste encore à déterminer.
- Il faut absolument traiter les lésions précancéreuses du col de type CIN 2 ou 3. Quant aux lésions de type CIN 1, elles ont tendance à se résorber spontanément, mais dans certaines circonstances ou s'il y a peu de chance que la patiente revienne, il ne faut pas hésiter à les traiter immédiatement.
- Les traitements ambulatoires, comme la cryothérapie et la résection à l'anse diathermique (RAD), sont préférables à des traitements plus agressifs (conisation à froid) qui nécessitent une anesthésie et bien souvent une hospitalisation, et provoquent par ailleurs davantage de complications.
- La conisation à froid est indiquée quand les critères d'admissibilité pour la cryothérapie ou la RAD ne sont pas remplis.
- Il ne faut pas avoir recours à l'hystérectomie pour traiter des lésions précancéreuses du col, sauf s'il existe d'autres raisons justifiant l'ablation de l'utérus. Le désir d'une contraception permanente (stérilisation chirurgicale) n'est pas une raison valable.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Ce chapitre décrit les différentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques des lésions précancéreuses (colposcopie, biopsie, cryothérapie, excision à l'anse diathermique, conisation à froid) et présente leurs indications, leurs avantages et leurs inconvénients. Il met également l'accent sur l'approche "dépister-et-traiter".

ROLE DES PRESTATAIRES DE SOINS

Les prestataires de soins doivent veiller à ce que toutes les femmes dont le test de dépistage est positif reçoivent bien le suivi et le traitement dont elles ont besoin. Ils

leur expliquent le déroulement de cette prise en charge qu'ils peuvent assurer eux-mêmes, si la structure de soins dans laquelle ils exercent le permet. Le cas échéant, ils orientent les patientes vers les niveaux de soins supérieurs. Aux femmes qui ont subi une intervention à des fins diagnostiques ou thérapeutiques, ils interviennent au niveau du conseil, en leur recommandant notamment le respect de l'abstinence sexuelle ou l'utilisation systématique et correcte du préservatif pendant quelques temps.

ANECDOTE

Maria est une nicaraguayenne de 60 ans, mère

de 12 enfants, mariée au même homme depuis 45 ans. Elle suit un cours d'alphabétisation et c'est à cette occasion que son professeur lui a parlé d'une consultation de dépistage du cancer du col de l'utérus qui devait avoir lieu dans son village. Sur ses conseils, elle y est allée et l'agent de santé lui a fait un frottis. Quand elle est revenue chercher



ses résultats, Maria a appris qu'elle avait une LIEHG, une lésion cervicale qui devait être traitée, sinon elle pourrait s'aggraver et dégénérer en cancer. Maria a donc été envoyée à l'hôpital de district. Là, un médecin a examiné son vagin à l'aide d'un colposcope et a fait une biopsie de la région anormale du col. La biopsie a confirmé qu'il s'agissait bien d'une lésion précancéreuse. Celle-ci a été traitée par cryothérapie. Le docteur a ensuite expliqué à Maria qu'elle devait se faire examiner régulièrement après le traitement, car il arrivait que des cellules anormales persistent et évoluent en cancer. Malheureusement, Maria a dû quitter la région pendant plusieurs mois. A son retour, elle a appris que l'agent de santé était passée chez elle et lui avait laissé un message lui rappelant l'importance de la visite de contrôle. Maria s'y est finalement rendue, 18 mois après le traitement. A l'hôpital, le docteur a refait une colposcopie, qui a de nouveau révélé une lésion suspecte. La biopsie a confirmé une lésion de type CIN 3, nécessitant un nouveau traitement. Maria a donc été hospitalisée pour subir une conisation à froid, sous anesthésie. Opérée tôt le matin, elle fut autorisée à sortir le jour même. La totalité de la zone anormale a été retirée et depuis lors, tous ses examens de contrôle sont normaux.

APPROCHES DE PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

Méthode diagnostique standard : colposcopie et biopsie

La méthode diagnostique standard des lésions précancéreuses et du cancer invasif infraclinique du col consiste à réaliser une biopsie dirigée sous contrôle colposcopique. Pour qu'une biopsie soit réalisée dans des conditions satisfaisantes, il faut que la zone de remaniement soit entièrement visible, afin de pouvoir évaluer précisément l'étendue de la lésion et localiser les régions à biopsier. Si la JPC ou la zone de remaniement se trouvent partiellement ou totalement dissimulées dans le canal endocervical, il faut utiliser un spéculum endocervical pour visualiser la lésion toute entière et faire un curetage endocervical (CEC) pour prélever un échantillon destiné à l'analyse histologique. Les lésions précancéreuses diagnostiquées seront ensuite traitées par cryothérapie, RAD ou conisation à froid.

Obstacles à la colposcopie et à la biopsie

Dans l'idéal, la prise en charge des femmes dont le test de dépistage est positif devrait systématiquement passer par une colposcopie et une biopsie. Malheureusement, certains obstacles entravent souvent la mise en place de ces services :

- les colposcopes sont des appareils sophistiqués, relativement coûteux ;
- le maintien des compétences exige une formation spécialisée et pas mal d'expérience ;
- les biopsies doivent être acheminées vers un service d'histopathologie, ce qui n'est pas toujours facile dans certains environnements.

Autres approches diagnostiques et thérapeutiques

Approche "dépister-et-traiter"

Cette approche consiste à prendre une décision thérapeutique uniquement d'après les résultats du dépistage, sans passer par un test diagnostic. La plupart des femmes dont le test de dépistage est positif peuvent être traitées par cryothérapie au moment même du dépistage, et ce même au niveau de soins primaires. Dans la mesure où cette approche permet de réduire le nombre de "perdus de vue" pendant le suivi, elle pourrait avoir un réel impact sur l'efficacité des programmes de lutte contre le cancer du col. Toutefois, elle ne permet pas d'obtenir d'échantillons tissulaires pour une vérification ultérieure. On trouvera une discussion plus détaillée de cette approche en Annexe 4b.



Dépister-et-traiter

Approche “voir-et-traiter” basée sur la colposcopie

Il est possible d'utiliser une approche intermédiaire pour palier au problème du “surtraitement” (traitements inutiles) observé avec l'approche “dépister-et-traiter”. Cette approche intermédiaire consiste à faire passer une colposcopie aux patientes dont le test de dépistage (frottis, IVA, IVL ou test VPH) est positif. Si la colposcopie confirme la présence d'une lésion précancéreuse, celle-ci peut être immédiatement traitée par cryothérapie ou RAD. Il est possible de prélever une biopsie sous contrôle colposcopique avant la cryothérapie, pour obtenir confirmation du diagnostic après le traitement. Dans le cas d'une RAD, c'est le traitement lui-même qui fournit un échantillon tissulaire pour l'histologie. Cette approche intermédiaire dépend de l'équipement disponible et de la présence de prestataires de soins qualifiés et expérimentés.

DIAGNOSTIC**Colposcopie, biopsie et curetage endocervical****Colposcopie**

La colposcopie consiste à examiner le col de l'utérus, le vagin et la vulve au moyen d'un colposcope qui permet d'observer le col de l'utérus sous un fort éclairage avec grossissement, et de distinguer ainsi les différents motifs cellulaires dans la couche épithéliale et les vaisseaux sanguins environnants. L'application d'acide acétique¹² dilué révélera les régions anormales qui pourront alors être biopsiées. Utilisée comme outil diagnostique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col chez les patientes dont le test de dépistage est positif, la colposcopie a une sensibilité élevée (autour de 85%) et une spécificité d'environ 70%.



Colposcopie

On utilise la colposcopie pour:

- évaluer à l'œil nu les lésions précancéreuses et cancéreuses du col ;
- mieux définir l'étendue des lésions ;
- guider les biopsies des régions du col qui paraissent anormales ;
- faciliter le traitement par cryothérapie ou RAD.

Il ne faut pas utiliser la colposcopie comme outil de dépistage.

¹² La coloration systématique au soluté de Lugol est déconseillée, car elle génère parfois des artefacts dans les biopsies.

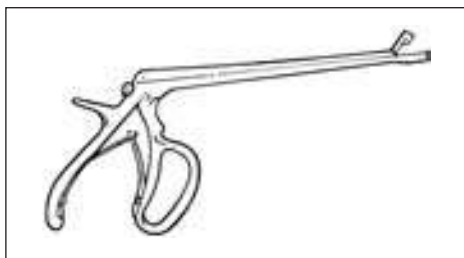
RECOMMANDATION

La colposcopie est recommandée uniquement en tant qu'outil diagnostique. Seuls des prestataires qualifiés et correctement formés peuvent la pratiquer.

Biopsie

La biopsie consiste à exciser de petites régions du col sous contrôle colposcopique, pour établir un diagnostic histologique. À l'aide d'une pince à biopsie (Figure 5.1), le prestataire de soins excise un ou plusieurs petits bouts de tissu (1 à 3 mm de large) à partir des régions anormales du col, identifiées à la colposcopie. Les régions excisées saignent généralement très peu. Les échantillons tissulaires sont ensuite placés dans un récipient contenant du liquide fixateur (formol). Ce récipient est étiqueté et envoyé au laboratoire pour un diagnostic histopathologique précis des régions anormales (caractère précancéreux ou cancéreux, degré de gravité et étendue) de façon à adapter le traitement à chaque cas.

Figure 5.1 Pince à biopsie



Curetage endocervical

Quand le frottis est positif, mais qu'aucune anomalie n'est visible à l'examen colposcopique, il est possible qu'une lésion soit dissimulée dans le canal endocervical. On examinera alors l'endocol au moyen d'un spéculum spécial (spéculum endocervical) et on procédera au curetage endocervical. Il s'agit d'un acte simple qui consiste à gratter délicatement la surface du canal endocervical pour récupérer des cellules. L'échantillon cellulaire est ensuite envoyé au laboratoire où il sera examiné pour établir un diagnostic microscopique. Le curetage prend à peine quelques minutes.

La colposcopie, la biopsie et le curetage endocervical sont quasiment indolores et ne nécessitent donc pas d'anesthésie (ils peuvent parfois provoquer de petites crampes). Toutefois, il est important qu'après une biopsie ou un curetage, la femme s'abstienne

de rapports sexuels, jusqu'à ce qu'elle n'ait plus d'écoulement ou de saignement vaginaux (généralement pendant deux ou trois jours). Si ce n'est pas possible, elle doit impérativement utiliser des préservatifs.

Prestataires de soins

Quand ils disposent des instruments nécessaires (colposcope, pince à biopsie et curette endocervicale), les médecins, les infirmières et autres prestataires de soins qualifiés et expérimentés des niveaux de soins primaires peuvent parfaitement réaliser une colposcopie, une biopsie ou un curetage endocervical. Toutefois, ces procédures sont le plus souvent réalisées en ambulatoire au niveau de soins secondaires (hôpital de district).

Indications de la colposcopie et de la biopsie

On a recours à la colposcopie et à la biopsie :

- quand le résultat du test de dépistage est anormal ;
- si on observe des lésions suspectes sur le col pendant l'examen au spéculum ;
- pour localiser précisément les lésions avant de faire une cryothérapie ou une RAD.

Indications du curetage endocervical

On a recours au curetage endocervical :

- si le frottis est positif, mais qu'aucune anomalie n'est visible à la colposcopie. Dans ce cas, il est possible qu'une lésion précancéreuse ou cancéreuse se dissimule dans le canal endocervical. L'analyse d'un échantillon tissulaire prélevé par curetage endocervical permettra de la détecter ;
- si le frottis révèle une lésion glandulaire. Celle-ci se développe généralement à partir de l'épithélium cylindrique dans le canal endocervical. Dans ce cas, il faut faire le curetage, indépendamment des résultats de la colposcopie ;
- si la colposcopie n'est pas jugée satisfaisante, parce que la zone de remaniement n'est pas visible dans sa totalité.

Considérations particulières

- **Zone de remaniement non visible dans sa totalité.** Dans ce cas, la colposcopie n'est pas jugée satisfaisante, il convient donc de faire un curetage endocervical. Si ce n'est pas possible, la patiente devra être orientée vers une RAD ou une conisation à froid. C'est très important, si le test de dépistage suggère une lésion de haut grade.

- **Grossesse.** Comme précisé dans le Chapitre 4, la grossesse n'est pas le meilleur moment pour effectuer un test de dépistage. Mais si un test a malgré tout été effectué et qu'il s'avère anormal, ou si l'examen au spéculum révèle la présence d'une lésion, la patiente devra être orientée vers une colposcopie. Toutefois on évitera de faire une biopsie, dans la mesure où ce genre d'intervention peut provoquer d'importants saignements chez la femme enceinte. Par conséquent, si l'examen colposcopique écarte toute suspicion de cancer invasif du col, on donnera à la patiente un nouveau rendez-vous pour une nouvelle colposcopie et une éventuelle biopsie, 12 semaines après l'accouchement. En revanche, s'il y a suspicion de cancer, il faut immédiatement adresser la patiente à un spécialiste.
- **Ménopause.** Chez beaucoup de femmes ménopausées, la zone de remaniement n'est pas visible dans sa totalité. Si le curetage endocervical ne peut pas être réalisé correctement, on aura recours à une conisation à froid.
- **Séropositivité pour le VIH.** Le statut VIH n'affecte en rien les protocoles de prise en charge des lésions précancéreuses du col. On pourra donc faire une colposcopie et une biopsie. Cependant, pendant toute la durée du processus de cicatrisation qui suit, il semble que les femmes séropositives excrètent davantage de VIH et que leur risque d'infection VIH soit encore augmenté en cas de ré-exposition. L'abstinence sexuelle jusqu'à complète cicatrisation est donc essentielle en cas de séropositivité pour le VIH.

Suivi

On demandera à la patiente de revenir chercher les résultats de la biopsie, 2 à 3 semaines plus tard, et on discutera avec elle des différentes options de traitement, en fonction du degré de gravité et de l'étendue de la lésion. Il faut contacter les femmes qui ne reviennent pas comme prévu chercher leurs résultats et s'informer du traitement qu'il leur faut (voir Chapitre 4 concernant les moyens permettant de retrouver les femmes pour leur donner l'information dont elles ont besoin).

TRAITEMENT DES LESIONS PRECANCEREUSES

La prise en charge des patientes dépend des résultats de la colposcopie, de la biopsie et du curetage endocervical. Elle doit se faire conformément aux directives nationales. L'organigramme en Annexe 5, présente les différentes options de traitement.



Organigramme de prise en charge des lésions précancéreuses

Principes du traitement

Dans la plupart des cas, il est possible de traiter les lésions précancéreuses en ambulatoire, à l'aide de techniques non invasives, comme la cryothérapie ou la RAD. Pour les lésions qui ne peuvent pas être traitées de cette façon, on a éventuellement recours à la conisation à froid qui nécessite cependant une hospitalisation. Quant à l'hystérectomie, il s'agit d'une intervention chirurgicale lourde, parfois associée à graves complications (infections, hémorragies, lésions aux organes voisins), et qui ne peut donc être utilisée pour traiter des lésions précancéreuses, sauf s'il existe d'autres raisons justifiant l'ablation de l'utérus. Le désir de la part de la patiente d'une contraception permanente n'est pas une raison valable pour procéder à une hystérectomie.

RECOMMANDATION

A chaque fois que c'est possible, on aura recours à des techniques ambulatoires pour traiter les lésions précancéreuses du col. Pour cela, on utilisera aussi bien la cryothérapie que la RAD, en fonction des critères d'admissibilité et des ressources disponibles.

Indications du traitement

Il est indispensable de traiter toutes les lésions CIN 2 et 3 confirmées par biopsie, car la majorité d'entre elles persistent et sont potentiellement susceptibles d'évoluer jusqu'au stade de cancer invasif du col. S'il s'agit d'une CIN 1, dans la mesure où celle-ci a tendance à se résorber d'elle-même, il suffit que les patientes soient suivies tous les 6 mois par colposcopie ou cytologie, jusqu'à ce que la lésion régresse. En revanche, si on note une évolution de la gravité de la lésion ou si le suivi pose problème, il convient d'envisager un traitement immédiat, de même que pour les femmes plus âgées, chez qui la régression spontanée est moins probable.

Considérations particulières

- **Grossesse.** En cas de grossesse établie ou suspectée, il ne faut pas traiter les lésions précancéreuses. On demandera à la femme de revenir 12 semaines après l'accouchement pour des examens plus approfondis. En revanche, s'il y a la moindre suspicion d'un cancer invasif, il faut immédiatement adresser la patiente à un spécialiste (voir Chapitre 6).
- **Période de règles.** Il est possible de traiter les lésions précancéreuses pendant la période de règles, si le saignement est léger. En revanche, si la perte de sang empêche de visualiser l'étendue de la lésion, il est préférable de remettre l'intervention à plus tard.

- **Infection du col ou maladie inflammatoire pelvienne (MIP).**
 - S'il s'agit d'une infection du col sans signe de MIP (diagnostic clinique établi au cours de l'examen gynécologique ou d'après les analyses de laboratoire), on pourra procéder à la cryothérapie parallèlement à la prescription d'un traitement antibiotique. Si on a recours à la RAD ou à une conisation à froid, l'infection doit être traitée avant de pratiquer l'intervention.
 - Si on soupçonne une MIP, il faut attendre que le traitement antibiotique soit terminé pour procéder à une quelconque intervention.
 - Dès qu'une femme est soignée pour une infection du col, avec ou sans MIP, il faut également traiter son partenaire pour prévenir une réinfection. Il faut leur conseiller l'abstinence sexuelle ou l'utilisation systématique et correcte de préservatifs, jusqu'à ce qu'ils aient tous deux terminé le traitement.
- **Séropositivité pour le VIH.** La prise en charge des femmes séropositives ne doit pas être différente de celle des femmes séronégatives. Cependant, on sait que chez les femmes séropositives, les taux post-traitement de persistance, de progression et de récurrence des lésions sont plus élevés. Il convient donc d'examiner ces patientes tous les 6 mois, après le traitement, et de réitérer celui-ci, dès qu'on détecte des lésions de haut grade qui persistent, évoluent ou récidivent. C'est pourquoi, avant de subir tout traitement, les femmes séropositives doivent bénéficier d'un conseil pour s'assurer qu'elles ont bien compris l'intérêt des visites de suivi rapprochées et la possibilité de devoir répéter le traitement. Il faut également les prévenir qu'elles ont davantage de risques de transmettre ou de contracter une IST et le VIH, pendant la phase de cicatrisation post-traitement, et que l'abstinence sexuelle constitue donc la meilleure protection. Le cas échéant, on leur conseillera l'utilisation systématique et correcte de préservatifs. A ce jour, il n'existe aucune indication qu'une thérapie anti-rétrovirale hautement active modifie les taux de régression ou de progression des lésions précancéreuses et cancéreuses du col.

RECOMMANDATION

Il faut offrir aux femmes les mêmes options de traitement, indépendamment de leur statut à l'égard du VIH.

Techniques de traitement

Il existe deux méthodes de traitement, soit par ablation (destruction des tissus anormaux sous l'effet de la chaleur ou du froid) soit par exérèse (excision chirurgicale des tissus anormaux). Le principal inconvénient des méthodes d'ablation par destruction

des tissus réside dans le fait qu'elles ne permettent pas d'obtenir un échantillon tissulaire pour l'examen et la confirmation histologique de la lésion, à moins qu'une biopsie n'ait été prélevée avant de procéder au traitement.

Le choix du traitement dépend de plusieurs éléments :

- la formation et l'expérience du prestataire ;
- le coût ;
- les avantages et inconvénients de chaque méthode ;
- la localisation et l'étendue de la lésion.

La cryothérapie et la RAD sont les deux techniques recommandées pour traiter les lésions précancéreuses en ambulatoire. La cryothérapie est la plus simple et la moins coûteuse, mais la RAD constitue le traitement de choix, si la lésion est trop étendue par rapport à la surface de la sonde cryogénique, si elle est située dans le canal endocervical ou s'il faut un échantillon tissulaire pour l'histologie. En dehors de ces points particuliers, l'efficacité des deux techniques est comparables (voir Tableau 5.1). On aura recours à la conisation à froid, quand les critères d'admissibilité pour la cryothérapie et la RAD ne sont pas remplis ou quand aucune de ces deux méthodes n'est disponible.

Indépendamment de la technique utilisée, la patiente doit recevoir une information complète concernant le traitement qu'elle va subir. Il faut obtenir son consentement éclairé avant de procéder à toute intervention.



Consentement éclairé

Cryothérapie

La cryothérapie permet de détruire les lésions précancéreuses du col en les congelant. Relativement simple et rapide (15 minutes), cette méthode peut être pratiquée en ambulatoire. Elle consiste à appliquer un disque de métal glacé (sonde cryogénique) sur le col et à congeler sa surface au moyen de neige carbonique (CO₂) ou d'azote liquide (N₂O). La sonde cryogénique est appliquée sur le col deux fois, pendant trois minutes chaque fois, avec un intervalle de décongélation de cinq minutes (technique du double cycle de congélation). Cette technique nécessite un approvisionnement continu en neige carbonique ou en azote liquide. Il est préférable d'utiliser du gaz médical parfaitement sec, cependant bien plus cher. On peut aussi utiliser du gaz industriel, si c'est le seul disponible sur place et d'un coût abordable. La cryothérapie est très efficace pour traiter les lésions de petite taille. En revanche, quand les lésions sont plus étendues, le



Cryothérapie

taux de guérison est inférieur à 80%. La région du col soumise à la congélation étant très peu innervée, la cryothérapie ne nécessite pas d'anesthésie. Elle provoque juste quelques crampes ou une douleur modérée.

Prestataires de soins

La cryothérapie peut être pratiquée aux différents niveaux de soins par un large éventail de personnel soignant (médecins, infirmières, sages-femmes), à condition qu'ils aient les compétences requises pour pratiquer un examen gynécologique et qu'ils aient été formés à cette technique de traitement ambulatoire.

Indications et critères d'exclusion

Indications	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Test de dépistage positif évoquant des lésions précancéreuses du col • Lésion suffisamment petite pour être recouverte par la sonde cryogénique, ne dépassant pas ses bords de plus de 2 mm • Lésion entièrement visible ainsi que ses marges, sans extension à l'endocol ou aux parois vaginales 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation ou suspicion d'une lésion invasive ou d'une dysplasie glandulaire • Lésion dépassant de plus de 2 mm les bords de la sonde cryogénique • Grossesse • MIP (jusqu'à ce qu'elle soit traitée) • Période de règles

Résection à l'anse diathermique (RAD)

Egalement connue sous l'appellation d'excision à l'anse large de la zone de remaniement (LLETZ pour « large loop excision of the transformation zone »), la RAD consiste à retirer les régions anormales du col à l'aide d'un fil métallique chauffé. Elle nécessite un générateur électrochirurgical qui produit un courant continu basse tension, transmis à une électrode métallique en forme de anse, dont on se sert pour exciser le tissu anormal. Les anses sont de très fins fils métalliques en acier ou en tungstène. Il en existe de différentes formes et de différentes tailles. Les anses coupent et coagulent en même temps. La RAD permet d'exciser à la fois la lésion et la totalité de la zone de remaniement. Le tissu excisé peut ensuite être envoyé au laboratoire d'histopathologie, ce qui permet de déterminer l'étendue de la lésion. La RAD sert donc un double objectif : elle traite la lésion et, dans le même temps, elle fournit un échantillon pour



RAD

l'histopathologie. Cette intervention présente également l'avantage de pouvoir être pratiquée sous anesthésie locale, en ambulatoire. Elle permet d'éliminer avec succès les lésions précancéreuses dans plus de 90% des cas. Ce traitement échoue chez moins de 10% des femmes (persistance des lésions 6 à 12 mois après la RAD).

Prestataires de soins

Bien qu'elle soit relativement simple, la RAD est une intervention chirurgicale qui ne peut être pratiquée que par des prestataires de soins qualifiés, possédant les compétences nécessaires pour réaliser cette intervention et prendre en charge d'éventuelles complications opératoires et post-opératoires (hémorragies). Pour cette raison, il est également préférable que ce type d'intervention soit réalisé dans des structures disposant également des moyens de prendre en charge les complications opératoires et post-opératoires. Dans la plupart des pays à faible revenu, la pratique de la RAD sera donc limitée au niveau de soins secondaires (hôpital de district).

Indications et critères d'exclusion

Indications	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Test diagnostique positif indiquant la présence de lésions précancéreuses • Lésion s'étendant sur moins de 1 cm à l'intérieur du canal endocervical 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion de cancer invasif ou de dysplasie glandulaire • Lésion qui s'étend sur plus de 1 cm à l'intérieur du canal endocervical ou dont l'extrémité distale (supérieure) n'est pas visible (ces lésions doivent être traitées par conisation à froid) • Infection cervicale ou MIP (jusqu'à ce qu'elle ait été traitée ou qu'elle soit guérie) • Grossesse ou accouchement depuis moins de 12 semaines • Désordres hématologiques

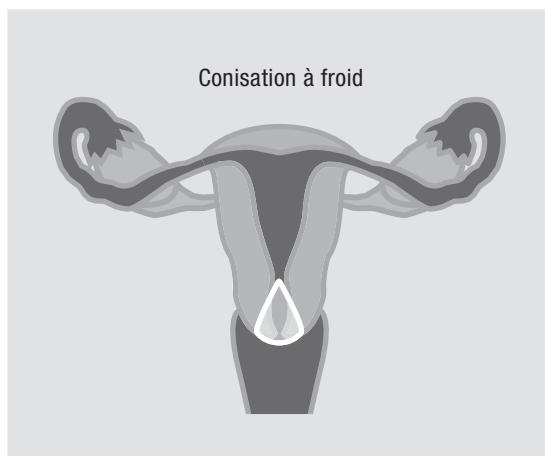
Conisation à froid

La conisation à froid consiste à retirer du col une région en forme de cône, y compris les portions externe (exocol) et interne (endocol) (Figure 5.2). La conisation est préconisée dans le traitement de la dysplasie, quand le traitement ambulatoire est contre-indiqué ou non disponible, et pour écarter toute possibilité de développement ultérieur d'un cancer invasif du col. Cette intervention chirurgicale assez lourde qui consiste à retirer une importante région du col à l'aide d'un scalpel, est généralement réalisée sous anesthésie générale ou régionale (spinale ou épidurale). Elle dure moins d'une heure et la patiente peut généralement sortir de l'hôpital le jour même ou le lendemain. Compte tenu des effets secondaires possibles, la conisation à froid doit être réservée aux seuls cas qui ne peuvent pas être traités par cryothérapie ou RAD. L'étendue de la conisation dépendra de la taille de la lésion et de la probabilité de trouver un cancer invasif. Il faut également tenir compte du désir d'enfant de la patiente, car cette intervention peut parfois provoquer une sténose ou une incompetence cervicale. Le tissu excisé est ensuite envoyé au laboratoire de pathologie pour établir le diagnostic histologique et vérifier que tout le tissu anormal a bien été enlevé.



Conisation

Fig 5.2 Région du col retirée par conisation



Prestataires de soins

Seuls des prestataires de soins possédant des compétences chirurgicales sont habilités à pratiquer la conisation à froid, et ce, dans le cadre d'une structure médicale équipée pour la chirurgie. Il s'agit généralement de gynécologues ou de chirurgiens formés à cette pratique et capables de prendre en charge d'éventuelles complications.

Indications et critères d'exclusion

Indications	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Test de dépistage ou test diagnostic évoquant un cancer microinvasif • Néoplasie glandulaire endocervicale • Curetage endocervical anormal • Dépistage positif indiquant la nécessité d'un traitement par excision, sans qu'il soit possible de pratiquer une technique ambulatoire, comme la RAD • Pas de contre-indications à l'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> • Cervicite ou MIP non traitées • Grossesse ou accouchement depuis moins de 12 semaines • Cancer invasif manifeste

Prise en charge des complications

L'hémorragie est l'une des complications les plus fréquentes de la conisation à froid. Elle peut survenir immédiatement (hémorragie primaire) ou dans les 14 jours qui suivent l'intervention (hémorragie secondaire). Dans un cas comme dans l'autre, la patiente doit retourner au centre médico-chirurgical. L'hémorragie secondaire est souvent liée à une infection locale, il convient donc de prescrire un traitement antibiotique, parallèlement aux mesures prises pour stopper l'hémorragie. Annexe 8 Traitement de l'infection.



Traitement de l'infection

Tableau : 5.1 Comparaison de la cryothérapie, de la RAD et de la conisation à froid

	Cryothérapie	RAD	Conisation à froid
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de guérison élevé (86–95%) pour les petites lésions • Équipement simple et relativement peu onéreux • Réalisable par des médecins et des non-médecins, pourvu qu'ils soient compétents. La formation ne prend que quelques jours • Réalisable en ambulatoire, au niveau de soins primaires • Rapide (environ 15 minutes pour la méthode du double cycle de congélation) • Réalisée sans anesthésie • Ne nécessite pas d'alimentation électrique • Complications et effets secondaires rares 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de guérison élevé (91–98%) • Obtention d'un échantillon pour l'histologie, permettant d'écarter la possibilité d'un cancer invasif • Peu de complications • Réalisable en ambulatoire, au niveau de soins secondaires • Rapide (5–10 min) et simple à pratiquer d'un point de vue technique • Dans le cadre d'une approche voir-et-traiter, le diagnostic et le traitement peuvent être réalisés en même temps, optimisant ainsi la couverture de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de guérison élevé (90–94%) • Obtention d'un échantillon chirurgical dont les marges ne sont pas « brûlées », ce qui permet de savoir si toute la région malade a bien été enlevée
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Moins efficace sur les lésions étendues (taux de guérison < 80% après un an) • Pas d'échantillon tissulaire pour l'analyse histologique • Nécessite un approvisionnement permanent en neige carbonique ou en azote liquide • Provoque des pertes vaginales liquides abondantes et prolongées 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite une formation poussée • Hémorragies post-opératoires dans moins de 2% des cas • Nécessite un équipement plus sophistiqué • Nécessite une alimentation électrique • Nécessite une anesthésie locale 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite une hospitalisation et une salle d'opération • Nécessite une anesthésie spinale ou générale • Nécessite du personnel hautement qualifié • Complications possibles (hémorragies, infection, sténose et incompétence cervicales avec une éventuelle diminution de la fertilité)

Approche “dépister-et-traiter”

En l'absence des moyens nécessaires au diagnostic colposcopique et histologique, surtout dans les milieux les plus démunis, il convient parfois de traiter d'après les seuls résultats du dépistage, sans passer par un test diagnostic intermédiaire. Cette approche « dépister-et-traiter » s'appuie aussi bien sur les méthodes visuelles de dépistage (IVA, IVL), que sur la cytologie ou le test VPH. Les techniques visuelles qui donnent des résultats immédiats permettent de dépister et de traiter au cours d'une même consultation. Une seconde consultation s'imposera cependant, quand :

- la patiente a ses règles, elle est enceinte ou elle souffre d'une MIP qu'il faut d'abord traiter ;
- la méthode de traitement disponible n'est pas appropriée, compte tenu des caractéristiques de la lésion ;
- le traitement ne peut pas être assuré sur le site du dépistage et la patiente doit donc être orientée vers un autre établissement ;
- la patiente préfère discuter du traitement avec son partenaire ;
- des examens complémentaires sont nécessaires.

Les études et les projets pilotes basés sur l'approche dépister-et-traiter se sont jusqu'à présent essentiellement intéressés aux méthodes visuelles de dépistage associées au traitement par cryothérapie, permettant une approche à visite unique, facile à décentraliser au niveau de soins primaires. On trouvera un organigramme de cette approche dépister-et-traiter en Annexe 4b. Il est important de souligner ici qu'on ne connaît pas encore son impact sur l'incidence du cancer du col et la mortalité associée. Par conséquent, dans les pays qui la mettent en œuvre, l'approche dépister-et-traiter doit être soigneusement évaluée et contrôlée.



Dépister-et-traiter

Avantages et limites de l'approche dépister-et-traiter

Avantages	Limites
<ul style="list-style-type: none"> • Simplicité et moindre coût de l'infrastructure et de l'équipement, réalisable par les prestataires des niveaux de soins inférieurs • L'approche à visite unique réduit le nombre de perdues de vue pendant le suivi et le traitement, et permet ainsi d'alléger les efforts consacrés à retrouver et à contacter les femmes • Minimise les problèmes pratiques pour les femmes, en réduisant le nombre de visites • Très bien acceptée par les femmes et les prestataires de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • On ne connaît pas encore son impact sur l'incidence du cancer du col et la mortalité associée • Préoccupations en matière d'éthique et d'utilisation des ressources, notamment avec les problèmes de sous-traitement et de surtraitement¹³ • Pas d'échantillon disponible pour vérification ultérieure, à moins qu'une biopsie n'ait été prélevée avant le traitement

¹³ On parle de surtraitement quand on traite des femmes qui n'ont pas besoin de l'être. Ainsi, compte tenu de la spécificité de l'IVA (85%), environ 15% des femmes dépistées seraient traitées sur la base de résultats faux positifs. Ces traitements inutiles occasionnent un gaspillage des ressources et augmentent les risques de complications. A l'inverse, il y a sous-traitement, si des femmes souffrant d'un cancer invasif ou d'une lésion dissimulée dans le canal endocervical, sont traitées uniquement par cryothérapie.

SUIVI POST-TRAITEMENT

Une visite de contrôle doit être prévue 2 à 6 semaines après le traitement. Cette visite comportera :

- un examen gynécologique pour vérifier la cicatrisation du col ;
- un conseil insistant sur l'importance d'un suivi régulier ;
- une discussion des résultats d'histopathologie (après une RAD ou une conisation).

Si la lésion toute entière a bien été retirée, les prochaines visites de contrôle seront prévues 6 et 12 mois plus tard. En revanche, si l'examen histologique indique des marges positives (précancéreuses), il faut prévenir la patiente qu'elle aura besoin de visites de contrôle plus rapprochées et peut-être d'un traitement supplémentaire.

Les visites de contrôle au 6^{ième} et au 12^{ième} mois après le traitement, comporteront :

- un test de dépistage et, si possible, une colposcopie, ainsi qu'une biopsie dirigée en cas de lésion persistante ;
- si aucune anomalie n'est observée au cours de ces deux visites de contrôle, les patientes traitées pour une CIN 1 ou 2 peuvent réintégrer le programme normal de dépistage (c'est-à-dire un dépistage tous les 3 ans ou conformément aux directives nationales). En revanche, les patientes traitées pour une CIN 3 subiront un dépistage annuel pendant 5 ans, avant de réintégrer le programme normal de dépistage ;
- si la lésion évolue ou persiste, il faut répéter le traitement (voir Annexe 5).



Organigramme de la prise en charge des lésions précancéreuses

DIAGNOSTICS ET TRAITEMENT DES LESIONS PRECANCEREUSES AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE SOINS

Au sein de la population



- Assistance aux femmes qui ont subi un traitement, en les encourageant à respecter l'abstinence sexuelle ou à utiliser les préservatifs, en les aidant à retirer le tampon vaginal, en leur demandant si elles manifestent des signes de complications et en y remédiant.
- Procurer des préservatifs à toutes les femmes. Leur apprendre à s'en servir systématiquement et correctement.
- Contacter le dispensaire si la patiente vous pose des questions auxquelles vous ne pouvez pas répondre ou si son état de santé vous préoccupe.
- Conserver les dossiers médicaux et rendre visite aux femmes pour leur rappeler les dates de leurs visites de contrôle au dispensaire.
- Identifier les femmes qui ne se présentent pas aux visites de contrôle.

Au dispensaire



- Effectuer les colposcopies, les biopsies et la cryothérapie (dans la mesure où les prestataires de soins ont été formés à ces techniques et disposent du matériel nécessaire).
- Envoyer à l'hôpital de district les femmes qui ont besoins de soins plus spécialisés.
- Assurer le suivi de routine et les urgences pour les femmes qui ont reçu un traitement au dispensaire ou à l'hôpital de district.
- Entretenir la communication avec l'hôpital de district et les ASC.
- Former, superviser et aider les ASC à assurer les visites à domicile et leur procurer le matériel nécessaire.
- Avec l'aide des ASC, identifier les femmes qui ne reviennent pas au dispensaire comme prévu.

suite à la page suivante

A l'hôpital central



- Prendre en charge les femmes envoyées par le dispensaire (pour un diagnostic ou un traitement) et les informer du suivi dont elles ont besoin.
- Envoyer à l'hôpital central les femmes qui souffrent d'un cancer invasif ou de complications exigeant des soins plus spécialisés.
- Participer à la formation et à la supervision des ASC et du personnel des dispensaires.
- Entretenir la communication dans les deux sens avec le personnel des dispensaires.

A l'hôpital de district



- Maintenir des services de qualité au laboratoire d'histopathologie.
- Prendre en charge les femmes adressées par les niveaux de soins inférieurs.
- Former et superviser le personnel des niveaux de soins inférieurs.
- Communiquer les renseignements sur la prise en charge et le suivi des patientes aux niveaux de soins inférieurs qui les ont envoyées.

Messages dans le cadre du conseil

Aux femmes qui vont être prises en charge à votre niveau de soins :

- expliquer les différentes options de prise en charge ;
- expliquer les interventions qu'elles vont probablement devoir subir et où elles ont lieu ;
- obtenir leur consentement éclairé ;
- expliquer le déroulement du suivi.

Aux femmes qui doivent être orientées vers un niveau de soins supérieur pour un diagnostic, un traitement ou en raison de complications :

- expliquer pourquoi vous les envoyez vers une structure de soins différente, où et quand elles doivent s'y rendre ;

- leur dire de ne pas hésiter à revenir vous voir si elles ont des questions ou des inquiétudes ;
- leur expliquer comment prendre soin d'elles, quels sont les symptômes et les complications susceptibles de survenir et que faire dans ce cas-là.

Conseiller à toutes les femmes d'utiliser des préservatifs, leur en procurer et leur expliquer (ainsi qu'à leur partenaire) comment les utiliser.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE

- ACCP. *Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy. A systematic literature review*. Seattle, WA, Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2003 (Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No.1).
- McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A, eds. *Cervical cancer prevention : guidelines for low-resource settings*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2001.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants*. Lyon, France, IARCPress, 2004.
- OMS. *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles*. Genève, 2005.
- Wright TC, Richart RM, Ferenczy, A. *Electrosurgery for HPV-related diseases of the lower genital tract. A practical handbook for diagnosis and treatment by loop electro-surgical excision and fulguration procedures*. Quebec, Arthur Vision Inc., 1992.

FICHE PRATIQUE 11 : COLPOSCOPIE, BIOPSIE ET CURETAGE ENDOCERVICAL

FP 11

Fiche pratique 11 : Coloscopie, biopsie et curetage endocervical

EN QUOI CONSISTENT LA COLPOSCOPIE, LA BIOPSIE ET LE CURETAGE ENDOCERVICAL ?

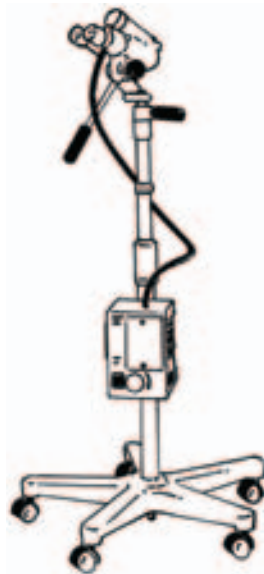
La coloscopie consiste à examiner le col de l'utérus avec un colposcope (Figure FP11.1) – instrument équipé d'une lentille grossissante et d'une puissante source de lumière. La biopsie consiste à prélever un petit échantillon de tissu dans les régions anormales du col, à l'aide d'une pince à biopsie. Elle peut provoquer une légère douleur ou des crampes.

Le curetage endocervical (CEC) permet de prélever un échantillon de cellules à l'intérieur du canal endocervical, à l'aide d'une curette endocervicale. Il peut provoquer des crampes (pas de fortes douleurs) et déclencher parfois une réaction vasovagale.¹⁴

Équipement et matériel requis pour la coloscopie, la biopsie et le CEC :

- spéculum vaginal soumis à une désinfection de haut niveau et spéculum endocervical stérile ;
- sérum physiologique ;
- acide acétique 3–5% ;
- colposcope ;
- pommade de Monsel ;
- pince à biopsie ;
- curette endocervicale ;
- pince à anneau ;
- écouvillons en coton ;
- flacons d'échantillonnage contenant du formol à 10% ;
- crayon et étiquettes.

Figure FP11.1 Colposcope



En ce qui concerne le matériel nécessaire à l'examen gynécologique, se reporter à la FP7.

¹⁴ De temps en temps, il arrive qu'une patiente fasse une réaction vasovagale, lors d'un CEC. Ce malaise est généralement de courte durée. S'il persiste, relever les jambes de la patiente.

DEROULEMENT DE LA COLPOSCOPIE, DE LA BIOPSIE ET DU CEC

Avant l'intervention

1. Expliquer à la patiente le déroulement de l'intervention, son intérêt et pourquoi il est important qu'elle revienne chercher les résultats d'analyse et éventuellement recevoir un traitement. Après s'être assuré qu'elle a bien compris, obtenir son consentement éclairé.
2. Montrer le colposcope et expliquer la façon dont vous allez vous en servir.
3. Inviter la patiente à s'allonger en position gynécologique et procéder à l'examen au spéculum (Fiche Pratique 7).
4. S'assurer que le cul de sac vaginal postérieur (espace vaginal entourant l'exocol) est bien sec.

Pendant l'intervention

5. Expliquer à la patiente ce que vous faites à chaque étape et la prévenir avant de faire quoi que ce soit qui puisse lui faire mal ou provoquer des crampes.
6. Inspecter le col sous un faible grossissement (5 à 10 fois), à la recherche d'anomalies manifestes (leucoplasie, condylome). Identifier la zone de remaniement et les jonctions pavimento-cylindriques originelle et nouvelle. Si indiqué, ou si la JPC n'est pas visible dans sa totalité, utiliser un spéculum endocervical pour examiner le canal endocervical. Si la JPC n'est toujours pas visible dans sa totalité, la colposcopie est dite inadéquate ou non satisfaisante. Il faut alors procéder au curetage endocervical (étape 12).
7. Appliquer du sérum physiologique sur le col. Utiliser un grossissement 15x et un filtre vert pour examiner le col, à la recherche de motifs vasculaires anormaux.
8. Après avoir prévenu la patiente qu'elle risque de ressentir une légère sensation de picotement, appliquer la solution d'acide acétique diluée.¹⁵ Attendre une ou deux minutes, le temps que les changements de coloration apparaissent. Observer les modifications d'aspect du col. Faire particulièrement attention aux anomalies proches de la JPC.
9. Etablir le diagnostic colposcopique d'après vos observations suite à l'application de sérum physiologique, puis d'acide acétique.

¹⁵ Après l'application d'acide acétique, on badigeonne parfois le col avec du soluté de Lugol, afin de faciliter l'identification de la lésion. Toutefois, ce n'est pas toujours possible dans les milieux aux ressources limitées. D'autre part, l'utilisation systématique du soluté de Lugol est déconseillée, car de fortes concentrations génèrent parfois des artéfacts histologiques dans les biopsies.

10. Prévenir la patiente que vous allez faire une biopsie du col et qu'il se peut qu'elle ressente des crampes.
11. Prélever des biopsies à partir des régions du col anormales et les placer dans des flacons séparés, contenant du formol et soigneusement étiquetés.
12. Si nécessaire, faire un curetage endocervical. Tenir la curette comme un stylo et gratter le canal endocervical sur tout son pourtour avec de petits mouvements fermes, en prenant soin de toujours laisser la curette à l'intérieur du canal pendant le prélèvement. Une fois celui-ci terminé, retirer délicatement la curette et placer le matériel tissulaire ainsi obtenu dans un morceau de gaze ou de papier brun et le plonger immédiatement dans une solution de formol à 10%.
13. En cas de saignement abondant, appliquer de la pommade de Monsel sur le site de la biopsie.
14. Ecarter le colposcope et retirer délicatement le spéculum.



Pommade de Monsel

Après l'intervention

15. Expliquer à la patiente ce que vous avez vu. Si vous avez prélevé des biopsies ou fait un curetage endocervical, préciser pourquoi.
16. L'informer des précautions à prendre de retour chez elle :
 - a. s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à totale disparition des pertes vaginales ou des saignements, utiliser des préservatifs, le cas échéant ;
 - b. ne rien insérer dans le vagin pendant 3 ou 4 jours ;
 - c. retourner au dispensaire ou à l'hôpital au moindre signe ou symptôme de complications : saignement abondant, crampes douloureuses, douleurs pelviennes, pertes vaginales purulentes, fièvre.
17. Donner des préservatifs à la patiente et lui apprendre à s'en servir.
18. Fixer la date de la visite de contrôle, qui doit avoir lieu environ 2 à 3 semaines après la coloscopie, en considérant que c'est le temps nécessaire au laboratoire pour rendre les résultats d'analyse.
19. Préciser à la patiente à partir de quand les résultats seront disponibles et insister pour qu'elle vienne les chercher.
20. Utiliser le formulaire approprié pour consigner les observations de la coloscopie (diagnostic colposcopique).



Préservatifs

21. Envoyer au laboratoire les biopsies et les échantillons du curetage dûment étiquetés.
22. Si vous constatez quoi que ce soit que vous ne pouvez pas prendre en charge, adresser immédiatement la patiente au niveau de soins supérieur pour des examens ou des tests complémentaires.

Visite de contrôle (2 à 3 semaines après la colposcopie)

23. Expliquer à la patiente la teneur du compte-rendu de laboratoire.
24. En fonction des résultats, informer la femme de son diagnostic et du protocole de suivi ou de traitement préconisé, en s'appuyant sur les directives nationales ou, s'il n'y en a pas, sur l'organigramme en Annexe 5.
25. Faire un examen gynécologique et vérifier la cicatrisation.
26. Si nécessaire, orienter la patiente vers un traitement ; sinon, fixer la date de sa prochaine visite de contrôle.



Organigramme
de prise en charge
des lésions
précancéreuses

Votre tâche n'est pas terminée tant que vous n'avez pas discuté des résultats du compte-rendu d'histopathologie avec la patiente et défini avec elle un protocole de suivi ou de traitement.

FICHE PRATIQUE 12 : CRYOTHERAPIE

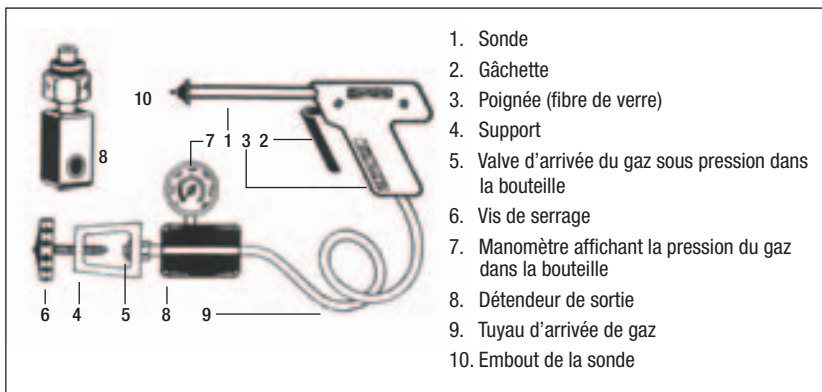
La cryothérapie consiste à geler les régions anormales du col en y appliquant un disque glacé. Cette intervention dure quelques minutes et ne provoque généralement que quelques crampes.

Équipement et matériel requis pour la cryothérapie :

- spéculum soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas indispensable qu'il soit stérile) ;
- gants d'examen jetables ou soumis à une désinfection de haut niveau (il n'est pas indispensable qu'ils soient stériles) ;
- écouvillons en coton pour essuyer le col ;
- sérum physiologique ;
- colposcope, s'il y en a un ;
- unité de cryochirurgie avec approvisionnement en gaz adéquat (Figure FP12.1).

En ce qui concerne le matériel nécessaire à l'examen gynécologique, se reporter à la FP7.

Figure FP12.1 Éléments d'un équipement de cryothérapie



D'après : Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants*. Lyon, France, IARCPress, 2004.

DEROULEMENT DE LA CRYOTHERAPIE

Avant l'intervention

1. Expliquer le principe de l'intervention à la patiente et l'importance des visites de contrôle post-traitement. Après s'être assuré qu'elle a bien compris, obtenir son consentement éclairé.
2. Lui montrer l'appareil à cryothérapie et lui expliquer la façon dont vous allez vous en servir pour geler les régions anormales du col.
3. L'inviter à s'allonger en position gynécologique et faire l'examen au spéculum (Fiche Pratique 7).
4. S'il n'y a aucun signe d'infection, procéder à la cryothérapie.
5. En cas d'infection, prescrire un traitement selon les indications figurant en Annexe 8. Suivant les cas, soit la cryothérapie pourra être pratiquée, soit la patiente devra reprendre rendez-vous, une fois l'infection guérie.



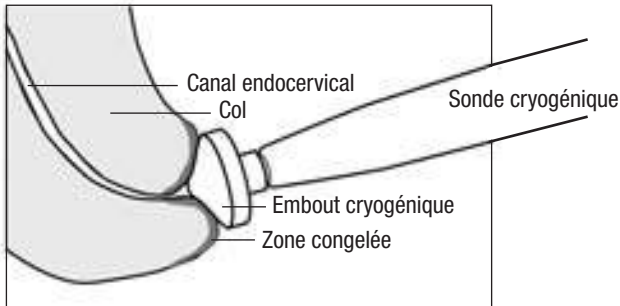
FP6 Consentement éclairé
FP7 Examen gynécologique

Pendant l'intervention

6. Essuyer le col à l'aide d'un écouvillon en coton imbibé de sérum physiologique et attendre quelques minutes.
7. Appliquer l'acide acétique pour bien délimiter l'anomalie et attendre de nouveau quelques minutes.
8. Prévenir la patiente qu'elle risque de ressentir une certaine gêne ou des crampes pendant l'intervention.¹⁶
9. Essuyer la surface de la sonde cryogénique avec du sérum physiologique pour une efficacité optimale.
10. Placer l'embout de la sonde cryogénique au centre de l'orifice cervical et vérifier qu'il couvre correctement la lésion (Figure FP12.2). Si celle-ci dépasse de plus de 2 mm les bords de l'embout, abandonner l'intervention. Expliquer à la patiente pourquoi on arrête le traitement et quelles sont les autres options.
11. S'assurer que la sonde cryogénique n'entre pas en contact avec la paroi vaginale qu'elle pourrait geler par inadvertance pendant l'intervention.

¹⁶ Il arrive parfois qu'une patiente fasse une réaction vasovagale, avec évanouissement et chute de tension. Dans ce cas, arrêter immédiatement l'intervention et relever lui les jambes le plus haut possible.

Figure FP12.2 Position de la sonde cryogénique sur le col et formation de la boule de glace



12. Régler la minuterie et relâcher la gâchette du pistolet cryogénique qui permet le refroidissement de la sonde.
13. On peut voir se former de la glace sur l'embout de la sonde et sur le col (Figure FP12.2). La congélation est satisfaisante quand la glace dépasse de 4 à 5 mm les bords externes de l'embout.
14. Faire deux cycles de congélation-décongélation : congélation de 3 minutes suivi d'une décongélation de 5 minutes, puis d'une nouvelle congélation de 3 minutes.
15. Une fois que la seconde congélation est achevée, attendre le temps suffisant pour la décongélation avant de retirer la sonde du col, pour ne pas risquer d'arracher les tissus.
16. Retirer la sonde en la faisant délicatement pivoter sur le col. La zone congelée est devenue blanche.
17. Vérifier si le col saigne. Si c'est le cas, appliquer la pommade de Monsel.
18. Ne pas mettre de tampon de gaze ou de coton dans le vagin.
19. Retirer le spéculum.



Pommade de Monsel

Après l'intervention

20. Proposer à la patiente une serviette hygiénique.
21. Lui conseiller de ne pas utiliser de tampons et de ne pas avoir de rapport sexuel pendant 4 semaines, jusqu'à ce qu'elle n'ait plus du tout de pertes vaginales, ceci avant d'éviter tout risque d'infection.

22. Si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir.
23. L'inviter à revenir dans 2 à 6 semaines pour contrôler la cicatrisation et une nouvelle fois dans 6 mois pour refaire un frottis et peut-être une colposcopie.
24. Informer la patiente des complications possibles et lui demander de revenir immédiatement en cas de :
- fièvre supérieure à 38 °C ou de frissons ;
 - fortes douleurs pelviennes ;
 - perles nauséabondes ou purulentes ;
 - saignements pendant plus de deux jours ou avec présence de caillots.
25. Nettoyer et désinfecter la sonde cryogénique ; décontaminer le pistolet cryogénique, le manomètre et la bouteille de gaz :¹⁷
- Décontaminer l'appareil de cryothérapie, le tuyau et le régulateur en les essuyant avec de l'alcool ;
 - Laver la sonde cryogénique et la housse plastique à l'eau et au savon jusqu'à ce qu'elle soit bien propre ;
 - Rincer l'embout de la sonde et la housse plastique à l'eau claire ;
 - Procéder à une désinfection de haut niveau (DHN) de l'embout et de la housse plastique par l'une ou l'autre des méthodes ci-dessous :
 - bain d'eau bouillante pendant 20 minutes ;
 - autoclavage pendant 20 minutes ;
 - bain de désinfectant chimique (eau de javel à 0,1% ou glutaraldéhyde à 2–4%) pendant 20 minutes, suivi d'un rinçage à l'eau bouillie ;
 - L'embout de la sonde cryogénique doit être parfaitement sec au moment de l'utilisation, sinon l'eau gèlera, la sonde risque alors de se fendre ou le traitement ne marchera pas ;



Préservatifs

¹⁷ La glace peut parfois bloquer certains pistolets cryogéniques. Pour éviter ce désagrément, il suffit d'appuyer régulièrement toutes les 20 secondes, sur le bouton de décongélation pour désobstruer le tuyau. Autre alternative, utiliser le conditionneur de gaz cryogènes conçu par PATH.

- f. Utiliser un capuchon en caoutchouc pour boucher la partie creuse de la sonde pendant la décontamination ou bien sécher la sonde avant de la réutiliser ;
- g. Si vous ne disposez d'aucune des méthodes ci-dessus de DHN, laisser tremper 20 minutes la sonde et la housse dans une solution d'éthanol ou d'isopropanol à 70–90%. Laisser sécher à l'air.

Suivi

26. Faire un examen gynécologique pour contrôler la cicatrisation, 2 à 6 semaines après la cryothérapie.
27. Faire un frottis et une colposcopie, accompagnée si nécessaire d'une biopsie, lors des visites de contrôle du 6^{ième} et du 12^{ième} mois. Assurer le suivi selon les indications de l'organigramme en Annexe 5.



Organigramme
de prise en charge
des lésions
précancéreuses

FP 12

Fiche pratique 12 : Cryothérapie

FICHE PRATIQUE 13 : RESECTION A L'ANSE DIATHERMIQUE (RAD)

FP 13

La RAD consiste à retirer les régions anormales du col, à l'aide d'une fine anse métallique chauffée sous l'effet d'un courant électrique. Cette technique permet de soigner avec succès les lésions précancéreuses du col chez 9 femmes sur 10.

Équipement et matériel requis pour la RAD :

- alimentation électrique fiable ;
- générateur électrochirurgical et porte-électrode ;
- colposcope ;
- spéculum électriquement isolé, de préférence avec rétracteurs latéraux ;
- électrode neutre ;
- électrodes à anse de différentes tailles (Figure FP13.1) ;
- électrode à boule/électrode de coagulation ;
- aspirateur de fumée ;
- pinces ;
- anesthésique local : lidocaïne à 1% ou 2%, avec ou sans épinéphrine (1:100 000) ;
- seringues de 5 ml avec aiguilles de jauge 27 ;
- flacons de sérum physiologique et d'acide acétique à 5% ;
- pommade de Monsel ;
- longs écouvillons ;
- aiguilles et matériel de suture ;
- flacon d'échantillonnage contenant du formol à 10%.

En ce qui concerne le matériel nécessaire à l'examen gynécologique, se reporter à la FP7



Figure FP13.1 Les différents types d'électrodes

- (a) électrode à boule
- (b) électrode à anse carrée
- (c) électrode à anse semi-circulaire

DEROULEMENT DE LA RAD

Avant l'intervention

1. Expliquer le déroulement de l'intervention à la patiente et l'importance des visites de contrôle. Après s'être assuré qu'elle a bien compris, obtenir son consentement éclairé.
2. Inviter la patiente à s'allonger en position gynécologique.
3. Fixer l'électrode neutre sur l'intérieur de sa cuisse.
4. Insérer dans le vagin un spéculum électriquement isolé ou recouvert d'un préservatif en caoutchouc.
5. Examiner le col à la recherche d'anomalies (écoulement provenant de l'orifice cervical, inflammation, saignement ou lésions). Noter vos observations.
6. S'il n'y a aucun signe d'infection, procéder à l'intervention. S'il y a un signe d'infection, remettre l'intervention à plus tard, prescrire un traitement à la patiente et à son partenaire et attendre qu'ils soient guéris avant de faire un nouvel essai.

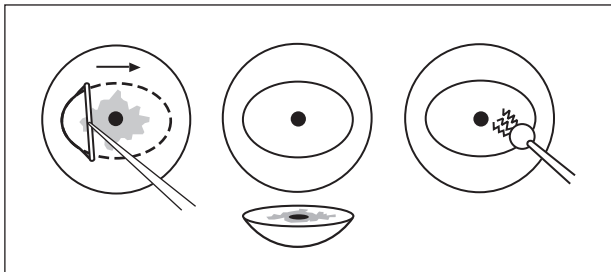
Pendant l'intervention¹⁸

7. Avant chaque étape, expliquer à la patiente ce que vous allez faire et ce qu'elle risque de ressentir.
8. Essuyer le col à l'aide d'un écouvillon en coton imbibé de sérum physiologique.
9. Appliquer la solution d'acide acétique à 5% et examiner le col avec le colposcope pour localiser la lésion et déterminer son étendue.
10. Injecter 3 à 5 ml d'anesthésique local [lidocaïne à 1% ou 2% avec 1:100 000 d'épinéphrine (pour limiter le saignement)], à l'aide d'une aiguille de jauge 27, juste sous l'épithélium cervical, à 3, 6, 9 et 12 heures (chez les patientes qui souffrent de problèmes cardiaques, utiliser la lidocaïne sans épinéphrine).
11. Choisir l'électrode appropriée pour enlever la totalité de la lésion en un seul passage : pour de petites lésions de bas grade, chez les femmes nullipares, utiliser une électrode de 1,5 cm de large sur 0,5 cm de haut ; pour les lésions plus étendues et chez les femmes multipares, utiliser une électrode de 2,0 cm de large sur 0,8 cm de haut.

¹⁸ Il arrive parfois qu'une patiente fasse une réaction vasovagale, avec évanouissement et chute de tension. Dans ce cas, arrêter immédiatement l'intervention et relever lui les jambes le plus haut possible.

12. Mettre en route le système d'aspiration de la fumée et activer le générateur électrochirurgical.
13. Exciser la lésion : enfoncer perpendiculairement l'électrode dans le tissu jusqu'à 4–5 mm de profondeur et la tirer latéralement en travers du col, jusqu'au bord opposé de la lésion. On obtient ainsi un morceau de tissu en forme de dôme, avec le canal endocervical au centre. *Ne pas enfoncer l'électrode au-delà de 5 mm dans le tissu, en positions 3 et 9 heures, sous peine d'endommager les artères utérines.*

Figure FP13.2 RAD d'une lésion de l'exocol en un seul passage : excision de la lésion à l'aide d'une électrode métallique et fulguration avec une électrode à boule



14. Il est possible d'effectuer plusieurs passages avec l'anse pour retirer les tissus résiduels.
15. Récupérer tous les tissus excisés avec la pince et les placer dans un flacon de formol, étiqueté, que l'on enverra au laboratoire d'histopathologie.
16. Faire un curetage endocervical et placer l'échantillon ainsi obtenu dans un flacon séparé de formol.
17. A l'aide d'une électrode à boule et d'une tension électrique de coagulation, fulgurer les tissus qui saignent à la base du cratère.
18. Appliquer la pommade de Monsel à la base du cratère pour prévenir les saignements et retirer le spéculum.



Pommade de Monsel

Après l'intervention

19. Proposer une serviette hygiénique à la patiente.
20. Lui conseiller de ne pas avoir de rapports sexuels pendant au moins 4 semaines, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus trace de sang dans les pertes vaginales, ceci pour éviter tout risque d'infection et d'hémorragie.

21. Si la patiente n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir.
22. Prévenir la patiente qu'elle risque d'avoir un peu mal pendant deux trois jours et qu'elle peut prendre de l'ibuprofène ou du paracétamol.
23. Lui dire aussi de ne pas s'inquiéter si elles perd un peu de sang ou si ses pertes vaginales sont teintées de sang pendant plus d'un mois. Elle peut utiliser des serviettes hygiéniques, mais surtout pas de tampons.
24. L'informer des précautions à prendre de retour chez elle :
 - a. Se reposer et éviter les travaux pénibles pendant plusieurs jours.
 - b. Ne rien mettre dans le vagin.
25. L'informer des complications possibles et lui demander de revenir immédiatement en cas de :
 - a. fièvre supérieure à 38 °C ou de frissons ;
 - b. fortes douleurs pelviennes ;
 - c. pertes vaginales nauséabondes ou purulentes ;
 - d. saignements abondants pendant plus de deux jours ou avec présence de caillots.
26. Répondre à ses questions.
27. Lui demander de revenir au dispensaire dans 2 à 6 semaines pour faire vérifier la cicatrisation de son col et recevoir les résultats de laboratoire.
28. Fixer la date de la visite de contrôle.



Préservatifs

Prise en charge des complications de la RAD

Problème	Traitement
Saignements pendant l'intervention : ils sont soit diffus, soit artériels	Saignement diffus : combiner pression et coagulation avec une électrode à boule. Saignement artériel : placer l'électrode à boule au contact de la zone hémorragique et appliquer une tension électrique de coagulation.
Hémorragie post-opératoire (survient dans moins de 2% des cas)	Éliminer les caillots de sang, nettoyer avec une solution d'acide acétique à 5%, identifier l'origine de l'hémorragie, faire une anesthésie avec un mélange lidocaïne-épinéphrine. Si l'hémorragie n'est pas très importante, appliquer la pommade de Monsel. Si elle est importante, fulgurer avec une électrode à boule de 5 mm ou une électrode à aiguille, sous une tension électrique de coagulation.
Infection post-opératoire : pertes vaginales purulentes, douleur, fièvre	Traitement antibiotique : par exemple, <ul style="list-style-type: none"> • céfixime, 400 mg en une seule prise orale, plus • doxycycline, 100 mg par voie orale, deux fois par jours, pendant 14 jours, plus • métronidazole, 400–500 mg par voie orale, deux fois par jour, pendant 14 jours

Lors de la première visite de contrôle (2 à 6 semaines après la RAD)

29. Demander à la patiente comment elle se sent et si elle a eu le moindre problème depuis l'intervention.
30. Voir avec elle le compte-rendu de la pathologie et, en fonction des résultats, lui préciser les prochaines étapes du suivi.
31. Vérifier la cicatrisation du col.
32. Fixer la date de la prochaine visite de contrôle.

Lors des visites de contrôle du 6^{ième} et du 12^{ième} mois

33. Faire un frottis et une coloscopie. Prélever une biopsie, si nécessaire. Effectuer le suivi selon les modalités décrites en Annexe 5.



Organigramme de prise en charge des lésions précancéreuses

FP 13

Fiche pratique 13 : Résection à l'anse diathermique (RAD)

FICHE PRATIQUE 14 : CONISATION A FROID

FP 14

Fiche pratique 14 : Conisation à froid

La conisation à froid consiste à retirer chirurgicalement une région du col en forme de cône. Elle ne peut être pratiquée que par un spécialiste et doit être réalisée sous anesthésie ou sous sédation. Cette Fiche Pratique a été incorporée au Guide pour permettre aux prestataires des niveaux de soins primaires ou secondaires d'expliquer à leurs patientes le déroulement de l'intervention, avant qu'elles ne se fassent hospitaliser, et pour les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

EXPLIQUER L'INTERVENTION

Donner à la patiente le plus d'information possible sur l'intervention elle-même, l'anesthésie, les effets secondaires et les éventuelles complications. La description ci-dessous des différentes étapes de l'intervention vous aidera à répondre à ses questions.

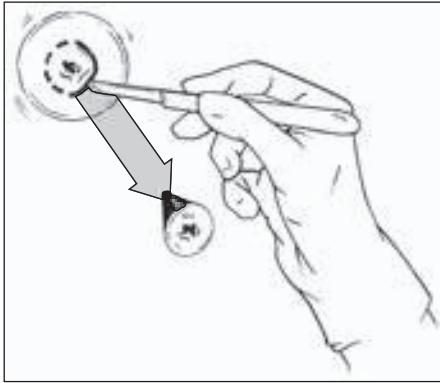
Avant l'hospitalisation

1. Le personnel hospitalier donnera à la patiente toutes les instructions utiles : quels vêtements emporter et les médicaments à prendre à l'avance. On lui demandera de ne rien manger, ni boire, dans les huit heures précédant l'intervention, et de prendre un bain avant d'aller à l'hôpital.

L'intervention

2. Anesthésie générale ou régionale.
3. Le chirurgien insérera un spéculum dans le vagin pour examiner le col.
4. Il appliquera une solution iodée sur le col pour bien délimiter les régions anormales et il examinera le col à l'aide d'un colposcope.
5. Il injectera un produit dans le col pour limiter le risque d'hémorragie. Il pourra également suturer les petites artères qui alimentent la région du col à exciser.
6. A l'aide d'un scalpel (Figure FP14.1), il retirera une partie du col en forme de cône, englobant le canal endocervical. Le tissu ainsi excisé sera placé dans un flacon contenant du formol et envoyé au laboratoire, accompagné du formulaire approprié pour l'histologie.

Figure FP14.1 Retrait d'une partie du col en forme de cône



7. Après excision, la base du cratère (région à la base de la partie excisée du col) sera cautérisée à l'aide d'une électrode à boule.
8. En cas d'hémorragie, le chirurgien exercera une pression à l'aide d'une compresse et appliquera de la pommade de Monsel, ou bien il cautérisera la zone hémorragique à l'aide d'une électrode à boule.
9. Il placera dans le vagin un tampon de gaze pour exercer une pression et contrôler le saignement, à condition qu'il n'ait pas utilisé la pommade de Monsel.



Pommade de Monsel

Juste après l'intervention

10. Après l'intervention, la patiente restera un petit moment sous surveillance médicale en salle de réveil, avant de regagner un lit normal, le temps de se remettre totalement de l'anesthésie.
11. Si elle se sent bien, qu'elle ne perd pas beaucoup de sang et qu'elle habite à proximité de l'hôpital, elle pourra sortir le jour même, au bout de quelques heures. Le cas échéant, elle sortira le lendemain, sous réserve qu'il n'y ait pas de complications.
12. La patiente devra s'abstenir de toute relation sexuelle pendant 6 semaines après l'intervention, de façon à permettre la cicatrisation du col.

Lors de la première visite de contrôle (2 à 6 semaines après l'intervention)

13. Examen au spéculum pour vérifier la cicatrisation du col.
14. Discussion des résultats de laboratoire et planification des étapes suivantes.
15. On demandera à la patiente de revenir se faire examiner dans 6 mois et dans 12 mois.

Lors des visites de contrôle du 6^{ème} et du 12^{ème} mois

16. Frottis et coloscopie. Prélèvement d'une biopsie, si nécessaire. Le suivi se déroulera ensuite selon les modalités décrites en Annexe 5.



Organigramme de la prise en charge des lésions précancéreuses

SUIVI A DOMICILE

Avant de quitter l'hôpital, la patiente recevra toute une série de conseils pour faciliter son rétablissement. Elle sera également informée des symptômes associés à d'éventuelles complications. Vous pouvez l'aider en renforçant ce conseil.

1. Si un tampon de gaze a été placé dans le vagin, il devra être retiré dans les 6 à 12 heures suivant l'intervention, afin d'éviter tout risque d'infection. Si possible, la patiente se fera aider par un prestataire de soins.
2. On conseillera à la patiente de se reposer quelques jours et d'éviter tout travail pénible pendant les trois premières semaines. Elle pourra cependant effectuer des tâches quotidiennes, comme faire un peu de ménage, prendre un bain, se doucher et manger.
3. Si elle a un peu mal (pas de forte douleur), elle peut prendre du paracétamol.
4. Il faut au moins 4 à 6 semaines pour que la plaie cicatrise. Pour prévenir l'infection et permettre une bonne cicatrisation, la patiente ne doit rien mettre dans le vagin pendant tout ce temps (ni doigts, ni tampons), ne pas utiliser de douches vaginales et s'abstenir de tout rapport sexuel (elle peut cependant avoir d'autres modes de rapports intimes). Si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle, lui donner des préservatifs et lui apprendre à s'en servir (ainsi qu'à son partenaire).
5. Il faut s'assurer que la patiente connaît bien les symptômes associés aux complications (voir tableau ci-dessous) et lui dire d'aller immédiatement à l'hôpital ou au dispensaire au moindre signe de complication.
6. Avant de quitter l'hôpital, la patiente devra prendre rendez-vous pour la visite de contrôle, 2 à 6 semaines après l'intervention. Vous pouvez insister sur l'importance de cette consultation et l'encourager à s'y rendre.

FP 14

Fiche pratique 14 : Conisation à froid

Complication	Symptômes	Traitement
Infection	Douleur pelvienne Pertes vaginales nauséabondes, jaunâ- tres	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire un traitement pour les MIP
Hémorragie	Saignement vaginal abondant	<ul style="list-style-type: none"> • Examen au spéculum, retirer les caillots de sang, identifier les régions qui saignent • Fulgurer/cautériser la région qui saigne à l'aide d'une électrode à boule • Appliquer la pommade de Monsel ou placer un tampon de gaze dans le vagin



Traitement
de l'infection

6

CHAPITRE 6 : PRISE EN CHARGE DU CANCER INVASIF DU COL DE L'UTERUS

CHAPITRE 6 : PRISE EN CHARGE DU CANCER INVASIF DU COL DE L'UTERUS

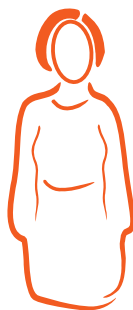
Points essentiels

- Les prestataires des différents niveaux de soins doivent savoir reconnaître les symptômes et signes courants du cancer du col. Quand une femme présente de tels symptômes, un examen visuel du col s'impose, afin de décider ou non de la nécessité d'examen complémentaires.
- Le stade du cancer désigne l'étendue de la maladie. C'est lui qui détermine le mode de traitement et l'issue probable de la maladie.
- Le cancer invasif du col doit être traité par des spécialistes dans des structures de soins tertiaires (hôpital central).
- Le cancer du col peut être traité par chirurgie ou radiothérapie, associée ou non à une chimiothérapie.
- L'accès au traitement améliore considérablement le pronostic et les taux de survie.
- Il est possible de guérir tous les cas de cancer du col, sauf les stades les plus avancés de la maladie.
- Une unité de radiothérapie de base (téléthérapie et curiethérapie) permet de traiter efficacement les cas de cancer invasif et d'assurer des soins palliatifs.
- L'établissement spécialisé chargé du diagnostic ou du traitement d'un cas de cancer du col doit envoyer une lettre de retour d'information, claire et précise, au prestataire de soins le plus proche du domicile de la patiente.
- Il faut avertir les patientes atteintes d'un cancer invasif qu'elles vont avoir besoin d'un suivi à long terme et qu'elles devront rester en contact avec l'unité de soins anticancéreux qui a assuré leur traitement. Les prestataires de soins peuvent les y aider.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Il est capital pour le bien-être et la survie des femmes atteintes d'un cancer invasif, qu'elles soient prises en charge par des spécialistes, dans des structures de soins tertiaires. Ce chapitre décrit la façon dont sont classifiés les cancers (pour déterminer l'étendue de la maladie) et présente les différents types de prise en charge préconisés à chaque stade de la maladie. Il décrit également les rôles des spécialistes qui dispensent les soins aux patientes.

ANECDOTE



Betty, 42 ans, a 5 enfants. Depuis 3 mois, elle a des pertes vaginales teintées de sang et elle saigne beaucoup après les rapports sexuels. L'agent de santé communautaire lui conseille, ainsi qu'à son époux, de consulter sans attendre le service de gynécologie d'un hôpital spécialisé. A l'hôpital, l'interne qui l'examine remarque une volumineuse grosseur bourgeonnante, au fond du vagin. Il fait une biopsie et demande également une analyse de sang. Comme il y a une forte probabilité pour qu'il s'agisse d'un cancer, Betty est hospitalisée pour des examens médicaux complémentaires. Le lendemain,

d'autres médecins l'examinent et lui expliquent qu'elle a un cancer du col. Des examens plus poussés montrent que la tumeur s'est étendue au-delà du col, mais qu'elle peut être soignée. Les médecins vérifient que Betty ne manifeste aucun trouble urinaire. Les analyses biologiques sont normales, l'échographie des reins et des uretères indiquent que rien n'obstrue le flux urinaire. Les médecins lui annoncent qu'elle a un cancer du col de Stade IIB. Ils lui proposent de le traiter par radiothérapie et la rassurent, en lui précisant qu'elle a de bonnes chances de guérison. En revanche, ils la préviennent qu'elle éprouvera des bouffées de chaleur, qu'elle n'aura plus ses règles et qu'elle ne pourra plus avoir d'enfants. Betty et son époux sont également prévenus que la radiothérapie peut parfois rendre les rapports sexuels douloureux, mais qu'ils pourront toujours demander conseil aux médecins si cela arrive. Ils sont également informés de la façon dont le traitement va se dérouler. Comme les résultats des analyses de sang indiquent une anémie, Betty reçoit d'abord une transfusion de sang. Elle est ensuite traitée par téléthérapie à raison d'une séance par jour pendant 5 semaines avec, à partir de la troisième semaine, 4 séances de curiethérapie à débit de dose élevée. Le traitement réalisé en ambulatoire lui permet de continuer à s'occuper de ses enfants. Cependant, vers la fin des séances d'irradiation, elle est si fatiguée, qu'elle doit être hospitalisée quelques jours. Son époux et les enfants les plus âgés se sont partagés les tâches ménagères pendant toute la durée de son hospitalisation et encore plusieurs semaines après sa sortie de l'hôpital, jusqu'à ce Betty soit complètement rétablie.

ROLE DES PRESTATAIRES DE SOINS

Les prestataires des niveaux de soins primaires ou secondaires peuvent être amenés à diagnostiquer des cas de cancer invasif du col et à orienter les patientes vers des établissements spécialisés de niveau de soins tertiaires. Ils sont alors chargés d'établir le lien entre l'établissement spécialisé (où le cancer est classifié et traité) et les patientes, ainsi qu'avec les familles et les communautés. C'est aussi eux qui vont devoir identifier et prendre en charge les éventuels effets secondaires et complications des traitements et renvoyer les patientes vers des niveaux de soins supérieurs, quand il le faut. C'est la raison pour laquelle ce chapitre s'adresse avant tout aux prestataires des niveaux de soins primaires et secondaires pour les aider à comprendre les différents modes de prise en charge du cancer du col, afin qu'ils puissent non seulement les expliquer aux patientes et à leurs familles, mais aussi communiquer avec les prestataires des niveaux de soins tertiaires et communautaires.

DIAGNOSTIC

Symptômes et signes du cancer invasif

Très souvent, les cancers microinvasifs du col ne se manifestent par aucun symptôme et ne sont détectés qu'à l'occasion d'un frottis anormal. A l'inverse, la plupart des cas de cancer du col, franchement invasifs, peuvent difficilement échapper à l'attention des prestataires de soins et sont diagnostiqués dès les premiers symptômes (Tableau 6.1). Toutefois, chez les femmes qui ne sont pas sexuellement actives, la maladie peut rester asymptomatique jusqu'à un stade très avancé. La présentation clinique des cas de cancer du col dépend du profil de croissance de la tumeur et de son extension (voir Chapitre 2). Il est important de bien connaître les symptômes manifestés par la patiente, afin de définir la meilleure prise en charge possible et de soulager ses souffrances.

Détection précoce du cancer du col

Quand une femme consulte les services de santé en se plaignant de pertes de sang irrégulières, de saignements post-coïtal ou post-ménopause, ou de pertes vaginales persistantes (en dépit d'un traitement syndromique des IST), il faut faire un examen au spéculum et prélever une biopsie de toute anomalie observée.

Si la femme est enceinte, elle sera directement adressée à un spécialiste.

Tableau 6.1. Symptômes du cancer invasif

Précoces	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales, parfois nauséabondes • Saignement irrégulier pendant la période reproductive • Traces de sang ou saignement après un rapport sexuel, quel que soit l'âge de la femme, même chez les jeunes femmes • Traces de sang ou saignements post-ménopause • En cas de saignement anormal avant la ménopause, il faut toujours envisager la possibilité d'un cancer du col, surtout si le saignement persiste en dépit d'un traitement approprié
Tardifs	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquentes et urgentes envies d'uriner • Douleurs dorsales • Douleurs pelviennes
Très tardifs	<ul style="list-style-type: none"> • Fortes douleurs dorsales • Perte de poids • Diminution du volume urinaire (obstruction des uretères ou insuffisance rénale) • Incontinence urinaire ou fécale par le vagin (présence d'une fistule) • Œdème des membres inférieurs • Dyspnée (provoquée par l'anémie et, plus rarement, par des métastases ou une effusion pulmonaire)

Pour poser le diagnostic définitif de cancer du col, il faut obligatoirement passer par l'examen histologique d'une biopsie de la lésion, avant de procéder à des examens plus approfondis ou de commencer un quelconque traitement.

CLASSIFICATION DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Intérêt de la classification

Une fois posé le diagnostic histologique de cancer du col, l'étape suivante consiste à mettre en place la thérapie la plus efficace pour la personne concernée. Pour cela, il est indispensable de bien connaître l'étendue ou le "stade" de la maladie au moment du diagnostic. Même si les systèmes de classification (stadification) ont un côté artificiel, ils aident cependant le clinicien à adapter le traitement et à faire un pronostic.

Système de classification

Il existe un certain nombre de systèmes de classification du cancer. Pour classifier le cancer du col, il est recommandé d'utiliser celui de la Fédération internationale d'Obstétrique et de Gynécologie (FIGO), qui détermine le stade du cancer d'après la taille de la tumeur et son extension au pelvis et aux organes distants. En revanche, cette classification ne concerne pas les cancers microinvasifs du col qui, eux, sont classés en fonction de critères pathologiques de profondeur et de largeur de la lésion invasive par rapport à l'épithélium d'origine (soit pavimenteux, soit cylindrique). L'examen clinique, associé à un petit nombre de méthodes diagnostiques relativement peu sophistiquées, permet d'évaluer l'étendue du cancer pour permettre de le classer¹⁹ (Tableau 6.2).

Tableau 6.2 Examens requis pour la classification FIGO du cancer du col et les choix thérapeutiques

Examens obligatoires pour la classification	Examens complémentaires pour la classification	Examens facultatifs, pour éclairer le choix thérapeutique, pas pour la classification
<ul style="list-style-type: none"> • Examen au spéculum, examen vaginal et rectal • Pyélographie intra-veineuse (PIV) ou • Echographie abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Cystoscopie • Proctoscopie • Biopsie conique • Curetage endocervical ou frottis • Radiographie pulmonaire • Radiographie des os ou scintigraphie osseuse (si douleurs osseuses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyses de sang pour rechercher la présence du VIH et de la syphilis et faire une numération sanguine • Tomographie assistée par ordinateur (CT) de l'abdomen et du pelvis • Imagerie par résonance magnétique (IRM)

¹⁹ Le cancer du col est parfois décelé accidentellement à l'occasion d'une hystérectomie pratiquée pour une raison totalement indépendante. Dans ce cas, il n'y a pas de classification clinique, mais la patiente doit être traitée selon les caractéristiques notifiées par le pathologiste.

Quand les ressources sont limitées, on se contentera d'un examen au spéculum et d'un examen recto-vaginal pour classer le cancer du col. Ces examens suffisent généralement à déterminer l'étendue de la maladie, s'ils sont pratiqués par des médecins expérimentés, attentifs à la taille de la tumeur et à l'atteinte possible des culs de sac vaginaux, du paramètre (ligaments transverse et utéro-sacré), des parois pelviennes, de la vessie et du rectum. Il est possible de réaliser ces examens sous anesthésie générale, s'il y a un doute sur le diagnostic, si la patiente est trop tendue ou si elle souffre. Il existe également des techniques d'imagerie médicale, comme la tomographie assistée par ordinateur (CT) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'abdomen et du pelvis, qui ne sont pas indispensables à la classification du cancer du col, mais qui permettent d'obtenir des informations plus détaillées sur l'étendue de la maladie et son pronostic et de définir ainsi plus précisément le traitement à appliquer. Dès qu'un cancer invasif du col est décelé, il faut systématiquement préciser dans le dossier médical les examens utilisés pour sa classification et consigner leurs résultats sous forme d'un schéma descriptif.

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

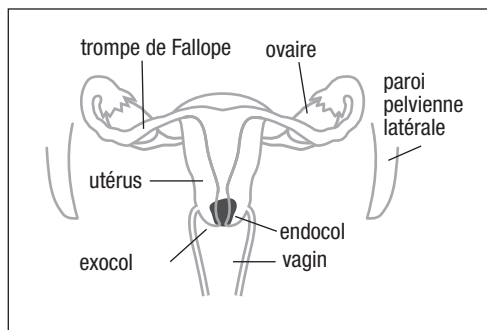
Stade 0 : Carcinome in situ, néoplasie cervicale intraépithéliale de Grade III.

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

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

- **IA** : Carcinome microinvasif, strictement limité au col de l'utérus. Diagnostic microscopique uniquement ; cliniquement invisible (infraclinique).
 - **Stage IA1** : invasion stromale ne dépassant pas 3 mm de profondeur et 7 mm en largeur.
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~98%.
 - **Stage IA2** : invasion stromale comprise entre 3 et 5 mm de profondeur et ne dépassant pas 7 mm en largeur.
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~95%.
- **IB** : Carcinome strictement limité au col de l'utérus et cliniquement visible ; ou lésion microscopique plus importante que dans le stade IA2 (Figure 6.1).
 - **IB1** : Lésion clinique de moins de 4 cm.
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~85%.
 - **IB2** : Lésion clinique de plus de 4 cm.
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~75%.

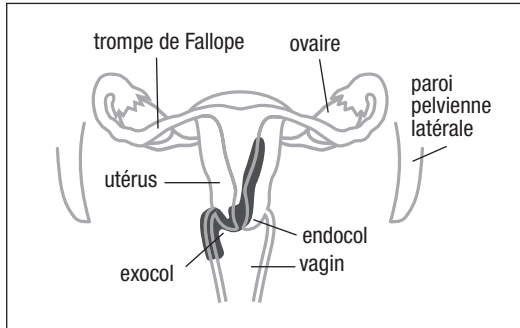
Figure 6.1 Cancer du col de stade IB



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

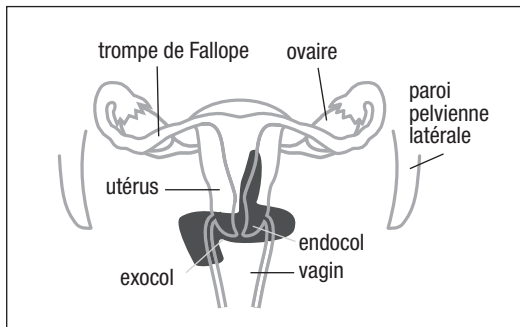
- **IIA** : Extension au-delà du col, notamment aux deux tiers supérieurs du vagin, mais sans atteindre les tissus entourant l'utérus (paramètres) (Figure 6.2).
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~75%.

Figure 6.2 Cancer du col de stade IIA



- **IIB** : Extension au-delà du col, avec invasion des paramètres, mais la paroi pelvienne et le tiers inférieur du vagin ne sont pas touchés (Figure 6.3).
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~65%.

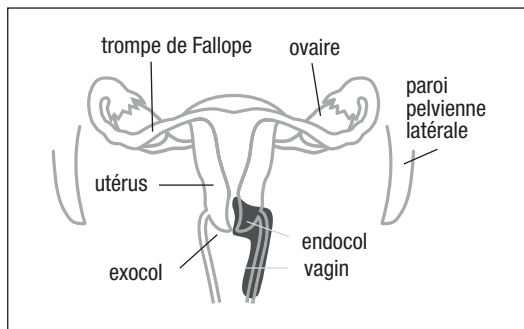
Figure 6.3 Cancer du col de stade IIB



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

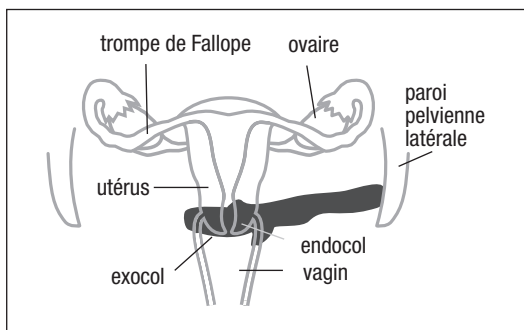
- **IIIA :** Invasion du tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne (Figure 6.4).
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~30%.

Figure 6.4 Cancer du col de stade IIIA



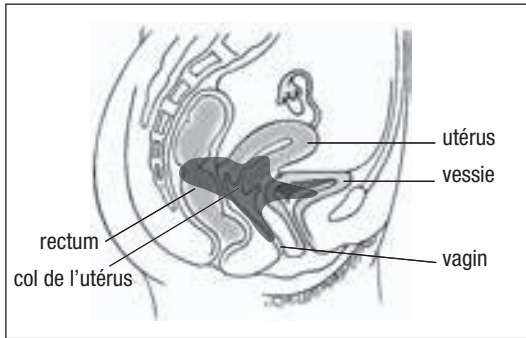
- **IIIB :** Extension à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet (Figure 6.5).
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~30%.

Figure 6.5 Cancer du col de stade IIIB

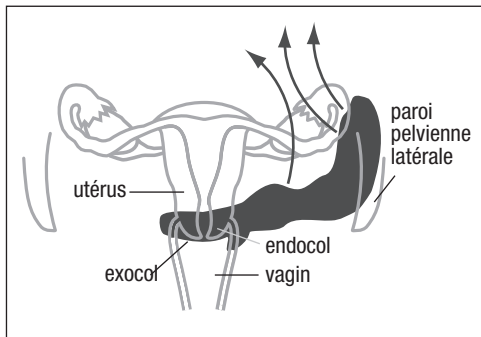


Stade IV : Dissémination du cancer.

- **IVA** : Extension à la muqueuse de la vessie et du rectum (Figure 6.6).
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : ~10%.

Figure 6.6 Cancer du col de stade IVA

- **IVB** : Extension aux organes distants : ganglions lymphatiques extra-pelviens, reins, os, poumons, foie et cerveau (Figure 6.7).
Survie à 5 ans avec un traitement optimal : <5%.

Figure 6.7 Cancer du col de stade IVB**RECOMMANDATION**

Il faut d'abord faire la confirmation histologique et la classification (FIGO) du cancer invasif du col, avant d'entreprendre d'autres examens et de démarrer un traitement.

PRINCIPES THERAPEUTIQUES

Il faut adapter le traitement au mieux des intérêts de la patiente. Ainsi, même s'il faut généralement suivre les directives données en Annexes 6 (protocoles cliniques de prise en charge optimale), le choix du traitement dépendra forcément de l'état général de la patiente, ainsi que de la disponibilité et de la qualité des services de chirurgie, de radiothérapie et d'oncologie médicale. Pour commencer, seuls des hôpitaux spécialisés, disposant des compétences et de tout l'équipement requis, peuvent assurer les traitements des cas de cancer invasif. D'autre part, le choix thérapeutique dépendra des résultats des examens complémentaires destinés à déterminer si la patiente peut supporter une anesthésie et une grosse opération chirurgicale. Chez les femmes séropositives pour le VIH, il dépendra également des taux de CD4. Enfin, il est indispensable de faire des analyses de sang pour rechercher la syphilis et vérifier le taux d'hémoglobine et les fonctions hépatique et rénale, avant de planifier la prise en charge.



Prise en charge du cancer

Taux de survie

Le taux de survie désigne la proportion de femmes qui sont en vie 5 ans après le traitement. Ce taux dépend à la fois du stade clinique de la maladie au moment du diagnostic et du traitement reçu. Dans les pays où les services thérapeutiques sont inexistantes ou inadéquats, les taux de survie sont généralement bien inférieurs au taux optimum.

Facteurs influant sur le pronostic :

- stade clinique de la maladie au moment du diagnostic : principal prédicteur de survie à long terme quand l'accès au traitement est garanti ;
- âge : déclin du taux de survie avec l'âge ;
- état des ganglions ;
- état de santé général, statut nutritionnel, anémie ;
- degré d'immunodéficience.

Thérapie principale

Le traitement du cancer du col repose essentiellement sur la chirurgie ou la radiothérapie et parfois même sur une combinaison des deux. La chimiothérapie n'est pas utilisée comme traitement de première ligne, mais elle peut être utilisée parallèlement à la radiothérapie. La chirurgie curative vise à enlever la tumeur primaire et toutes ses extensions en une seule opération. L'importance de l'intervention dépendra du stade clinique de la tumeur et de ce que voit le chirurgien au fur et à mesure qu'il opère.

RECOMMANDATION

La chirurgie et la radiothérapie représentent les principales méthodes de traitement du cancer du col.

Explication du procédé thérapeutique et obtention du consentement éclairé

Les fiches pratiques en fin de chapitre présentent les différentes méthodes chirurgicales et radiothérapeutiques utilisées pour traiter le cancer du col. Les prestataires de soins doivent naturellement les adapter à chaque situation individuelle, pour expliquer aux patientes et à leur entourage les différents types d'intervention en des termes simples, c'est-à-dire, en utilisant un minimum de vocabulaire médical et en expliquant les mots techniques qui n'ont pas d'équivalent dans la langue locale. Ils peuvent également s'aider de dessins ou de photos, pour illustrer certains points difficiles. Enfin, ils doivent respecter les principes généraux de communication et de conseil (Fiche Pratique 4).



Conseil

Avant de procéder à une quelconque intervention, les prestataires de soins doivent donner aux femmes toute l'information utile sur le procédé thérapeutique, c'est-à-dire : ses bénéfices potentiels, ses risques, ses éventuels effets secondaires et ce qu'il faut faire dans ce cas, son coût, ses chances de réussite et la durée de la convalescence. Il convient de faire participer les membres de la famille à la discussion, quand la patiente souhaite avoir leur avis pour prendre une décision. Enfin, quand vient le moment d'obtenir son éclairé, les prestataires de soins doivent se conformer aux directives nationales et locales, mais aussi au règlement intérieur de l'hôpital, en ce qui concerne la nécessité d'une signature ou d'une empreinte digitale sur le formulaire de consentement. En dernier lieu, le dossier médical doit mentionner ce qui a été dit, les personnes présentes et préciser si la patiente a bien compris le traitement proposé et a donné son consentement.

Traitement en fonction du stade

Dans les pays en développement, les cancers microinvasifs ou invasifs précoces (tumeurs jusqu'au stade IB1/IIA <4 cm de diamètre) représentent seulement 5% de tous les cas de cancers du col diagnostiqués.

Pour ces cancers, la chirurgie est le traitement de choix pour plusieurs raisons :

- l'hospitalisation dure moins de 2 semaines ;

- l'extension du cancer peut être immédiatement évaluée et la tumeur complètement retirée ;
- les fonctions ovariennes sont préservées, ce qui est particulièrement important pour les patientes non ménopausées ;
- le fonctionnement, l'élasticité et la lubrification du vagin sont préservés ;
- la plupart des complications apparaissent dans les quelques jours qui suivent l'intervention.

La chirurgie est également conseillée chez les patientes qui souffrent d'une MIP, notamment quand il y a un abcès intra-utérin (pyomètre) ou proche de la cavité utérine. Enfin, les taux de survie à 5 ans avec la chirurgie sont similaires à ceux obtenus avec la radiothérapie, sauf qu'il faut 6 semaines pour administrer une radiothérapie et qu'il n'est pas possible d'évaluer l'étendue totale de la tumeur. Par ailleurs, les séquelles de la radiothérapie — fibrose (perte de l'élasticité), sécheresse et sténose (raccourcissement et rétrécissement) vaginales — peuvent n'apparaître que plusieurs mois après le traitement et rendre l'acte sexuel douloureux.

Environ 80% des cas de cancers du col sont détectés aux stades IB2 à IIIB, avec des atteintes du col et des paramètres s'étendant jusqu'aux parois pelviennes latérales, avec ou sans obstruction des uretères. Le taux de guérison de ces tumeurs bourgeonnantes qui mesurent parfois 10 cm de diamètre, varie de 30% à 75%, quand elles sont traitées par radiothérapie radicale. Les tumeurs volumineuses de stade IIA (plus de 4 cm de diamètre) sont traitées de la même façon que les tumeurs de stade IB2.

Les tumeurs de stade IV sont plus rares. Le stade IVA, avec invasion rectale ou plus rarement invasion de la vessie, concerne environ 10% des cas. Seulement 10% d'entre eux peuvent être guéris et il se forme souvent des fistules entre le vagin et les organes touchés. Le stade IVB (5% des cas) qui présente des métastases à distance est incurable avec nos moyens actuels. Il est cependant possible d'offrir à ces patientes des soins palliatifs efficaces.

S'il y a récurrence de la maladie, c'est généralement dans les deux ans qui suivent le traitement. Le choix de la thérapie dépendra alors de l'étendue de la récurrence, du temps écoulé jusqu'à la récurrence, de l'état général de la patiente et de la nature du premier traitement.

MODALITES THERAPEUTIQUES

Chirurgie

La chirurgie curative du cancer du col vise à ôter la tumeur primaire et toutes ses extensions en une seule opération. L'importance de l'intervention dépendra du stade clinique de la tumeur et de ce que voit le chirurgien au fur et à mesure qu'il opère. On a également recours à une chirurgie dite palliative pour soulager certains symptômes pénibles en cas d'échec de la radiothérapie ou de complications liées à celle-ci, comme les fistules recto-vaginales et vésico-vaginales.

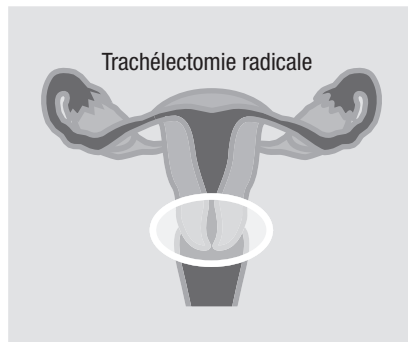
Méthodes chirurgicales

L'hystérectomie radicale et la lymphadénectomie pelvienne sont les principales méthodes chirurgicales, même si l'hystérectomie simple et la trachélectomie sont indiquées dans certains cas particuliers. Ce genre d'intervention nécessite une hospitalisation d'environ 7 à 10 jours, mais il faut compter entre 6 et 12 semaines pour un complet rétablissement.

Trachélectomie

La trachélectomie simple consiste à ôter le col de l'utérus. La trachélectomie radicale (également désignée sous le terme de trachélectomie élargie) consiste à retirer non seulement le col, mais aussi le paramètre et la partie supérieure du vagin (Figure 6.8).

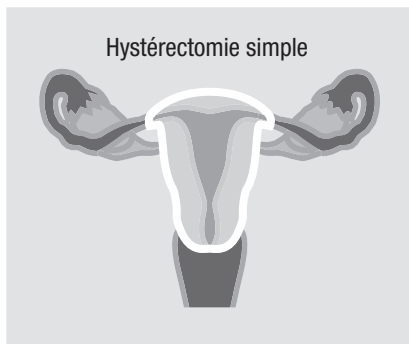
Figure 6.8 Tissu excisé par trachélectomie radicale



Hystérectomie simple

L'hystérectomie simple consiste à enlever tout l'utérus, y compris le col, à travers une incision de la paroi abdominale ou par le vagin (Figure 6.9). Les trompes de Fallope et les ovaires ne sont pas systématiquement retirés, sauf s'ils sont d'aspect anormal.

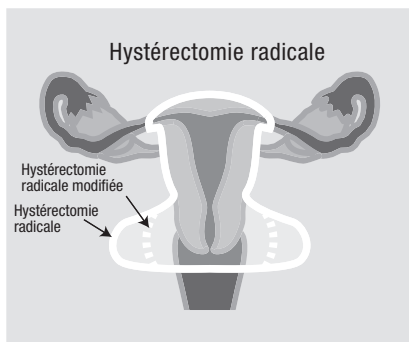
Figure 6.9 Ablation de l'utérus par hystérectomie simple



Hystérectomie radicale

L'hystérectomie radicale consiste à ôter l'utérus, le col et les tissus environnants (paramètres), y compris la partie supérieure du vagin sur 2 cm (Figure 6.10). Il faut enlever le plus possible de tissu sain autour de la tumeur pour obtenir un meilleur taux de guérison. Dans la mesure où le cancer du col s'étend rarement aux ovaires, ces derniers ne sont pas systématiquement enlevés. La proportion des paramètres enlevés est moins importante avec l'hystérectomie radicale modifiée (Figure 6.10). La convalescence est légèrement plus longue qu'après une hystérectomie simple.

Figure 6.10 Hystérectomie radicale et hystérectomie radicale modifiée



Il est important de préciser que le chirurgien peut décider d'interrompre l'intervention en cours s'il constate, avant d'inciser le péritoine, une atteinte des ganglions pelviens. En effet, dans ce cas, la patiente devra être traitée par radiothérapie et il est donc indispensable de garder le péritoine intact pour ne pas augmenter le risque de complications associé à la radiothérapie.



Hystérectomie

Lymphadénectomie pelvienne bilatérale ou dissection des ganglions

Cette intervention consiste à enlever les trois groupes de ganglions pelviens, souvent touchés par le cancer invasif du col, même dans les stades précoces (à partir de IA2). Ces ganglions sont situés à proximité de gros vaisseaux pelviens.

Indications

Le choix du traitement chirurgical dépendra de l'étendue de la maladie.

La trachélectomie n'est pas considérée comme la méthode standard, mais elle peut être proposée aux femmes atteintes d'un cancer microinvasif, qui désirent avoir des enfants. Par ailleurs, lorsqu'elle est associée à une lymphadénectomie pelvienne, la trachélectomie radicale est une méthode parfaitement valable pour traiter les cancers du col de stade IA2.

L'hystérectomie simple permet de traiter les cas de cancer microinvasifs de stade IA1 et parfois IA2. Il est tout à fait possible de traiter un stade IA2 par hystérectomie simple et dissection des ganglions, mais on préfère généralement utiliser une hystérectomie radicale modifiée avec dissection des ganglions lymphatiques. L'hystérectomie est contre-indiquée pour traiter les lésions précancéreuses de haut grade et le carcinome *in situ*, pour lesquels il existe des méthodes de traitement ambulatoire bien plus simples. Elle peut cependant s'imposer s'il existe d'autres problèmes gynécologiques (saignement utérin anormal). En revanche, le désir de la patiente de ne plus avoir d'enfants ne justifie pas le recours à l'hystérectomie.

L'hystérectomie radicale permet de traiter les cas de cancer invasif de stades IB1 et IIA, caractérisés par des tumeurs de plus de 4 cm limitées au col ou avec un tout début d'extension aux culs de sac vaginaux. Le stade IB1 n'est pas toujours visible (IB1 caché).

Catégorie de prestataire et de niveau de soins

L'hystérectomie simple peut être pratiquée dans un hôpital régional ou central, par un chirurgien généraliste ou gynécologue, spécialisé dans le traitement du cancer du col. Réalisée sous anesthésie générale, l'intervention dure environ 2 heures.

L'hystérectomie radicale est généralement pratiquée dans un hôpital central par un chirurgien gynécologue spécialisé dans le traitement du cancer du col. Réalisée sous anesthésie générale, elle dure environ 3 heures.

RECOMMANDATION

Seuls des chirurgiens spécialement formés à la chirurgie des cancers gynécologiques sont habilités à pratiquer le traitement chirurgical du cancer du col.

Radiothérapie

La radiothérapie joue un rôle central dans le traitement de la plupart des cancers invasifs du col. On l'utilise principalement pour traiter les tumeurs bourgeonnantes (stades IB et IIA jusqu'à IVB) et dans les cas où on constate une atteinte importante des ganglions lymphatiques à l'occasion d'une laparotomie (sans hystérectomie). On s'en sert également pour traiter les patientes qui ne sont pas en état de supporter une anesthésie générale. Parallèlement à son rôle curatif, la radiothérapie permet de soulager certains symptômes associés au cancer invasif du col, en particulier les douleurs osseuses et les saignements vaginaux.

Principe

Bien qu'elle soit utilisée depuis longtemps, la radiothérapie est encore mal comprise du grand public. Cette technique de traitement consiste à irradier la tumeur. L'irradiation est comparable à un faisceau de lumière à très haute énergie, qui pénètre dans le corps pour endommager et détruire les cellules cancéreuses. Elle exerce au passage un effet moindre sur les cellules normales à division rapide de la peau, de la vessie et du gros intestin, à l'origine des effets secondaires réversibles observés pendant, ou tout de suite après la radiothérapie. Au moment de son administration, la radiothérapie ne provoque aucune douleur.

Types de radiothérapie

Il existe deux grandes catégories de radiothérapie selon le positionnement de la source d'irradiation par rapport au patient :

- téléthérapie : source d'irradiation éloignée du patient ;
- curiethérapie : petites sources radioactives placées dans les cavités corporelles.

Les traitements curatifs du cancer du col reposent généralement sur une combinaison de téléthérapie pelvienne et de curiethérapie intravaginale. Les Fiches Pratiques 16 et 17 décrivent les procédures et les complications possibles.

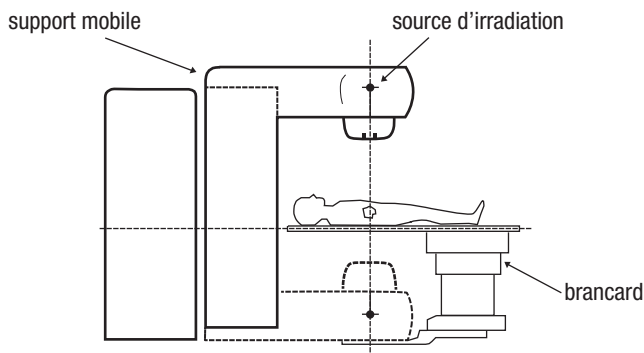


FP16 Téléthérapie
FP 17 Curieithérapie

Téléthérapie

La téléthérapie est également appelée radiothérapie externe (RTE). La source radioactive est enfermée dans un container en plomb situé dans la tête de l'appareil, à partir duquel une petite ouverture permet le passage du faisceau d'irradiation (Figure 6.11). Le faisceau d'irradiation est dirigé sur la région du col tumorale et les sites où la maladie risque de s'étendre. Il faut faire attention à éviter la vessie et le rectum, pour préserver leur fonction. Seul un hôpital spécialisé peut dispenser d'un tel traitement. Celui-ci doit avoir lieu dans un espace clos, spécialement isolé. La téléthérapie ne nécessite pas d'anesthésie car elle ne provoque aucune douleur. Les appareils de radiothérapie pèsent parfois plusieurs tonnes. La tête de l'appareil pivote autour du brancard sur lequel est étendue la patiente. Il peut s'agir d'une tête contenant une source de matériel radioactif (cobalt 60) ou d'un accélérateur de particules, qui accélère les électrons à des vitesses immensément élevées, jusqu'à ce qu'ils frappent leur cible et libèrent leur énergie sous forme de radiations – même procédé qu'un appareil pour diagnostic à rayons X. Dans le cas du cancer du col, c'est tout le contenu de la cavité pelvienne qui est irradié de façon homogène, au cours de séances quotidiennes de quelques minutes chacune. On se sert généralement de quatre faisceaux pour délivrer la dose quotidienne totale. Les séances ont lieu à raison de 5 jours par semaine, pendant 5 semaines environ. Avant de commencer le traitement, il faut faire une image du pelvis par scanner de simulation ou tomographie assistée par ordinateur. La direction des faisceaux est vérifiée pendant le traitement.

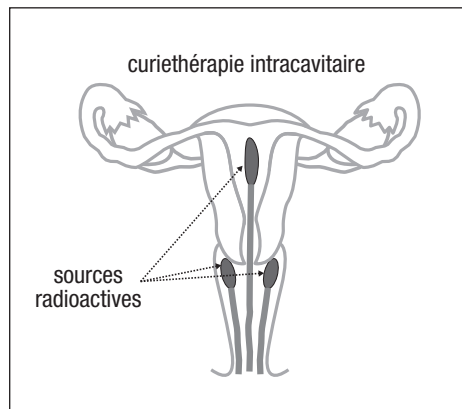
Figure 6.11 Téléthérapie



Curiethérapie

La curiethérapie consiste à placer une source radioactive au contact direct de la tumeur. Les sources sont placées à l'intérieur d'un applicateur dans l'utérus et la cavité vaginale (curiethérapie intracavitaire, Figure 6.12).

Figure 6.12 Curiethérapie intracavitaire



L'irradiation est dirigée sur le col, la partie supérieure du vagin et les tissus entourant le col (paramètres). Il faut faire attention à ne pas exposer la vessie et le rectum pour préserver leur fonction autant que possible. Ce type de traitement est dispensé dans les hôpitaux spécialisés disposant de l'équipement approprié et d'une équipe constituée d'un oncologue radiologue, d'un physicien médical et d'un technicien en radiothérapie. L'irradiation est maximale dans l'applicateur et diminue rapidement à quelques centimètres de distance. Le débit de dose correspond à la vitesse de libération de la dose d'irradiation en un point précis. On peut administrer une curiethérapie à faible débit de dose (LDR), à débit de dose pulsé (PDR), à débit de dose moyen (MDR) ou à haut débit de dose (HDR). La durée d'isolement de la patiente dépendra du débit de dose, ainsi que de la dose totale utilisée et du nombre de séances.

Les systèmes de curiethérapie LDR et HDR sont les plus courants. D'efficacité similaire, ils sont cependant tous deux très différents en terme de durée d'hospitalisation, d'anesthésie et de nombre de séances (Tableau 6.4). En général, un établissement possède l'un ou l'autre de ces systèmes. Il est donc souhaitable que les prestataires de soins amenés à conseiller les patientes sur la curiethérapie, puissent assister à des séances de traitement à l'hôpital central pour en comprendre les différentes étapes.

Tableau 6.4 : Différences entre la curiethérapie à faible débit de dose et à haut débit de dose

	Faible débit de dose	Haut débit de dose
Début	Après la téléthérapie	A partir de la troisième semaine de téléthérapie
Hospitalisation	Hospitalisation : 2–3 jours	Ambulatoire : ½ heure à 2 heures
Type d'anesthésie employée pour l'insertion	Anesthésie générale	Sédation
Nombre de séances	Une seule en général	De 2 à 8 : 4 en général

Indications

La téléthérapie est indiquée quand l'hystérectomie simple ou radicale ne permet pas d'enlever la totalité de la zone affectée par le cancer. Par conséquent, elle est indispensable chez la plupart des femmes atteintes d'un cancer invasif du col sans métastases à distance (stades IB à IVA). Elle est généralement complétée par une curiethérapie, obligatoire dans le cadre d'une radiothérapie à des fins curatives. Pour les stades jusqu'en IB1, quand la chirurgie n'est pas indiquée, on pourra avoir recours à la curiethérapie comme seul traitement.

Prestataire de soins

La radiothérapie est assurée par un oncologue radiologue et un technicien en radiothérapie ayant reçu une formation spécialisée.

RECOMMANDATION

Dans le cadre du traitement du cancer du col de l'utérus, la curiethérapie est une composante obligatoire de la radiothérapie à des fins curatives.

Chimiothérapie

La chimiothérapie n'est pas utilisée comme traitement de première ligne du cancer du col. Elle est généralement combinée avec la chirurgie ou la radiothérapie pour traiter les tumeurs bourgeonnantes. Le cisplatine est le produit le plus fréquemment utilisé. Il fait partie de la liste OMS des médicaments essentiels. Cependant, dans les pays en développement, l'intérêt de compléter la radiothérapie par une chimiothérapie au cisplatine est loin d'être évident. En effet, le cisplatine amplifie la toxicité de la radiothérapie et n'est pas toujours bien supporté par les patientes qui souffrent de malnutrition, d'anémie, d'insuffisance rénale ou d'un cancer à un stade avancé. Dans ces conditions, il est préférable d'administrer une radiothérapie sans chimiothérapie.

SUIVI DES PATIENTES

Dans la mesure du possible, c'est l'établissement spécialisé, chargé du traitement, qui doit assurer le suivi des patientes. Mais lorsque ce n'est pas possible et que le suivi ne peut être assuré qu'à distance, l'établissement spécialisé doit envoyer au prestataire du niveau de soins primaires (de préférence un gynécologue) le plus proche du domicile de la patiente, un compte-rendu détaillé, précisant le stade de la maladie, le traitement donné, le pronostic et les complications potentielles les plus fréquentes. Le compte-rendu doit également mentionner les coordonnées du centre de traitement (téléphone, fax, email, adresse) et demander un retour d'information périodique. Il faut également inciter les prestataires de soins primaires à demander l'avis de spécialistes, quand les patientes manifestent des symptômes inattendus. Les téléphones mobiles permettent aujourd'hui de maintenir plus facilement le contact entre les thérapeutes et la patiente ou ses proches.

Suivi des femmes traitées uniquement par chirurgie

Les femmes ayant subi uniquement un traitement chirurgical, doivent revenir pour des visites de contrôle tous les trois mois, pendant 2 ans, en prenant soin de noter les symptômes, tels que des saignements anormaux, des pertes vaginales ou des douleurs pelviennes.

Pendant ces visites de contrôle, le prestataire de soins procèdera aux examens suivants :

- examen au spéculum et inspection visuelle de la cavité vaginale ;
- frottis de la cavité vaginale et de toute anomalie constatée en cours d'examen ;
- examen bimanuel pour déceler à la palpation toute récurrence de la maladie ;
- autres examens en fonction des observations cliniques et des ressources disponibles.

La radiothérapie permet de traiter les récurrences de la maladie chez ces femmes.

Suivi des femmes traitées par radiothérapie

Le suivi des femmes traitées par radiothérapie doit être en tout point identique à celui des femmes traitées par chirurgie, même si le rôle de la cytologie vaginale est moins évident et que l'évaluation clinique est rendue plus délicate, à cause de la fibrose induite par la radiothérapie. Le suivi régulier permet d'évaluer les séquelles de la radiothérapie, parfois confondues avec une récurrence de la maladie. En cas de récurrence chez ces femmes, les options de traitement sont assez limitées, car on ne peut pas leur administrer une nouvelle radiothérapie. On envisagera alors une hystérectomie de « secours », dans la mesure où l'on dispose de l'expertise chirurgicale et des structures nécessaires. Même si cette approche ne change apparemment rien au taux de survie, elle augmente le temps qui s'écoule avant une nouvelle récurrence et améliore éventuellement la qualité de vie. On peut également envisager une chimiothérapie en cas de récurrence après radiothérapie. Enfin, on pourra traiter les métastases extra-pelviennes ou métastases à distance (dans les os, les poumons et autres organes) par radiothérapie.

SITUATIONS PARTICULIERES

Grossesse

Bien que ce soit rare, il arrive parfois qu'un cancer du col soit diagnostiqué chez une femme enceinte. Cela pose un sérieux dilemme, surtout si le diagnostic est posé en début de grossesse. De toute façon, il convient de traiter chaque cas individuellement, en tenant compte des inquiétudes et de la santé de la mère, ainsi que de l'impact des différentes méthodes thérapeutiques sur la viabilité du fœtus. En effet, la prise en charge d'un cancer invasif du col chez la femme enceinte va dépendre naturellement du stade de la maladie, mais aussi du stade de la grossesse. Le recours à la radiothérapie entraînera dès les premières séances la mort du fœtus. Une échographie permettra de vérifier qu'il n'est plus viable et de procéder à son extraction, avant de poursuivre le traitement normalement. Par conséquent, lorsqu'un cancer du col est diagnostiqué dans le dernier trimestre de la grossesse, la plupart du temps, le traitement est différé jusqu'à ce que le fœtus soit suffisamment mûr pour être extrait par césarienne. L'intervention est aussitôt suivie d'une chirurgie ou d'une radiothérapie, en fonction du stade de la tumeur. La radiothérapie sera administrée après involution de l'utérus. Il est très difficile pour une femme enceinte d'accepter le diagnostic de cancer, surtout si celui-ci exige une interruption de grossesse. Un conseil expérimenté est alors indispensable pour l'aider, elle et ses proches, à accepter le diagnostic et à prendre une décision. On trouvera en Annexe 6e les directives générales relatives à la prise en charge du cancer invasif du col pendant la grossesse.



Femme enceinte

VIH/SIDA

Les femmes qui souffrent d'une immunodépression consécutive à l'infection par le VIH constituent un groupe particulier. De faibles taux de CD4 (<200 mm³) entraînent un risque élevé de complications, quel que soit le traitement utilisé. Quand elle est indiquée, il est préférable d'avoir recours à la chirurgie. Pour ce qui est de la radiothérapie et de la chimiothérapie, le traitement devra être adapté à chaque cas individuel.

PARLER AUX PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER INVASIF DU COL ET A LEURS FAMILLES

Annonce du diagnostic

Les prestataires de soins qui annoncent un diagnostic de cancer du col doivent avant tout bien insister sur le fait qu'il s'agit d'une maladie dont on guérit. D'autre part, comme un tel diagnostic provoque généralement un choc auquel ne s'attendent ni la patiente, ni sa famille, et qu'il n'est jamais facile d'apprendre une mauvaise nouvelle (surtout quand la maladie est à un stade avancé), il convient de l'annoncer en privé à la patiente (et à son entourage, si elle le souhaite), en respectant certaines règles :

- respecter les traditions culturelles, les principes et les coutumes ; il peut être inconvenant d'annoncer la mauvaise nouvelle directement à la patiente ;
- avoir un discours clair et direct ; ne pas utiliser des mots que la patiente ne peut pas comprendre ou qui sont trop vagues, du style "néoplasme" ou "grosseur" ;
- ne pas embrouiller la patiente en lui en disant trop, mais ne pas éluder les points importants ;
- laisser le temps à ceux qui sont présents de réaliser ce que vous venez de leur annoncer et de poser des questions ;
- sous le choc de cette mauvaise nouvelle, très souvent, les gens n'entendent pas ou ne comprennent pas tout ce qui a été dit. Essayer d'en reparler dès le lendemain avec la patiente et ses proches (si elle est d'accord) ;
- une fois informée du diagnostic, la patiente va passer par des phases successives de refus, de colère et de résignation, qui nécessitent un accompagnement et beaucoup de compréhension.

Quand le traitement n'est plus possible

Quand il devient évident qu'il n'y a plus de possibilité de traitement, il est préférable de parler à la patiente et à sa famille avec tact et franchise. Eviter de dire, "il n'y a plus rien à faire", dans la mesure où les soignants peuvent toujours soulager les symptômes, donner des médicaments, organiser des soins palliatifs avec les agents

de santé locaux des niveaux de soins inférieurs, ou tout simplement être disponibles. A la question " combien de temps me reste-t-il ?", il faut répondre avec honnêteté, en disant qu'on ne sait pas, mais que c'est peut-être une question de jours, de semaines ou de quelques mois. Cela permettra à la patiente et à sa famille de savoir à quoi s'attendre et de prendre les dispositions nécessaires.

Soulager la douleur

Quand une patiente en phase terminale rentre chez elle, les médecins traitants (radiothérapeute, oncologue ou gynécologue) doivent s'assurer qu'on lui a bien prescrit les antalgiques appropriés et qu'elle pourra se procurer les médicaments une fois sortie de l'hôpital. La plupart des patientes atteintes d'un cancer invasif, surtout dans les pays en développement, souffrent inutilement à cause de la disponibilité limitée d'opioïdes aux niveaux de soins périphériques ou inférieurs. Les praticiens hospitaliers doivent cependant être en mesure de procurer les médicaments nécessaires à leurs patientes. Il n'existe pas de substitut à la morphine orale pour soulager les fortes douleurs, même si la radiothérapie palliative peut venir en complément de la morphine dans ce cas-là (voir Chapitre 7 et Fiche Pratique 18).



Prise en charge
de la douleur

PRISE EN CHARGE DU CANCER INVASIF DU COL AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE SOINS

Au sein de la population



- Entretenir des contacts réguliers directement avec la patiente et sa famille.
- Entretenir avec le personnel du dispensaire un contact personnel ou téléphonique, pour l'informer régulièrement de l'état de la patiente.
- Déceler les symptômes pénibles de la maladie, de même que les effets secondaires des traitements, et en informer le personnel du dispensaire.
- Dispenser des soins palliatifs conformément aux directives nationales et aux prescriptions des spécialistes et autres prestataires de soins.
- Etablir des contacts entre la patiente (et sa famille) et les organisations religieuses ou autres, susceptibles d'apporter une assistance non-médicale.
- Aider autant que possible la patiente et sa famille quand la maladie atteint son stade terminal.

Au dispensaire



- Surveiller l'état général de la patiente et entretenir la communication avec les agents de santé communautaires, ainsi qu'avec le personnel soignant de l'hôpital de district et de l'hôpital central.
- Si le suivi peut être réalisé à ce niveau de soins ou si la patiente ne peut pas se rendre dans des structures de soins secondaires ou tertiaires, assurer le suivi selon les recommandations du centre de traitement.
- Prescrire et administrer les traitements destinés à soulager les symptômes de la maladie et les effets secondaires des traitements reçus, en consultation avec le centre de traitement.
- Quand c'est possible, faire des visites à domicile pour les patientes les plus malades ou en phase terminale, qui ne peuvent pas se déplacer.
- Participer à la formation des agents de santé communautaires et du personnel nouvellement recruté dans l'équipe médicale.

suite à la page suivante

A l'hôpital de district

et

A l'hôpital central

- Procurer des traitements.
- Si la patiente ne peut pas être prise directement en charge, informer les niveaux de soins inférieurs du suivi et des soins médicaux à dispenser, y compris des prescriptions d'antalgiques nécessaires.
- Entretenir le contact avec la famille de la patiente et les soignants, par téléphone, courrier, etc.
- Participer à la formation des prestataires des niveaux de soins inférieurs.

Messages dans le cadre du conseil

Il est indispensable d'aborder les points suivants avec la patiente et sa famille :

- le stade de sa maladie ;
- le traitement qu'elle a reçu avant sa sortie d'hôpital ;
- les effets secondaires éventuels qu'elle peut ressentir et comment y remédier ;
- les symptômes et les complications associés à sa maladie et où aller si l'un d'eux se manifeste ;
- le suivi nécessaire : quand, où et par qui ;
- votre volonté de l'aider par tous les moyens possibles.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRE

- Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynaecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2000, 70(2) : 209-262.
- Chao KSC, Perez CA, Brady LW, eds. *Radiation oncology : management decisions*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.
- Fletcher GH, ed. *Textbook of radiotherapy*, 3rd ed. Philadelphia, PA, Lea and Febiger, 1980.

FICHE PRATIQUE 15 : HYSTERECTOMIE

FP 15

Fiche pratique 15 : Hystérectomie

L'hystérectomie consiste à enlever l'utérus. Lors de l'hystérectomie simple, on procède à l'ablation de la totalité de l'utérus, y compris du col. Il n'est pas forcément nécessaire de réaliser l'ablation des ovaires et des trompes de Fallope. En revanche, dans le cas d'une hystérectomie radicale, on procède à l'ablation de l'utérus, des tissus environnants et de la partie supérieure du vagin. Qu'il s'agisse d'une hystérectomie simple ou radicale, l'intervention est identique dans l'ensemble. Cette Fiche Pratique a été élaborée pour permettre aux prestataires des niveaux de soins primaires et secondaires d'expliquer à leurs patientes le déroulement de l'intervention, avant qu'elles ne se fassent hospitaliser, et de les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

EXPLIQUER LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

Il faut donner aux patientes le plus d'information possible sur l'intervention elle-même, l'anesthésie, les effets secondaires et éventuelles complications. La description ci-dessous des différentes étapes de l'intervention vous aidera à répondre à toutes leurs questions.

Avant l'hospitalisation

1. Le personnel hospitalier donnera à la patiente toutes les instructions utiles, à savoir : quels vêtements emporter et les médicaments à prendre à l'avance. On lui demandera de ne rien boire, ni manger dans les 8 heures précédant l'intervention et de prendre un bain avant d'aller à l'hôpital.

A l'hôpital, préparation à l'intervention

2. Le prestataire de soins expliquera les détails de l'intervention avant de demander à la patiente son consentement éclairé.
3. Afin de prévenir les risques d'infection, les régions génitales et abdominales seront lavées à l'eau et au savon, puis badigeonnées de teinture d'iode ; la région génitale est parfois rasée.
4. Une anesthésie générale sera réalisée par intraveineuse ou par inhalation.
5. Un tube en plastique (cathéter) sera placé dans la vessie et l'urine sera recueillie dans un sac.
6. Un tampon de gaze sera placé dans le vagin pour faciliter l'ablation des tissus entourant le col par le chirurgien.

L'intervention

7. Le chirurgien pratiquera une incision horizontale ou verticale au niveau du bas-ventre.
8. Dans le cas d'une *hystérectomie simple*, l'utérus est enlevé à partir de ses points d'attache aux trompes de Fallope et au vagin. Dans le cas d'une *hystérectomie radicale*, le chirurgien enlève l'utérus, les paramètres, le col et la partie haute du vagin sur 2 cm. Une fois l'utérus et le paramètre excisés, le chirurgien enlèvera les 3 groupes de ganglions situés dans le tissu adipeux entourant les gros vaisseaux pelviens.
9. Tous les tissus excisés seront placés dans un liquide conservateur et envoyés au laboratoire pour y être examinés par un pathologiste qui déterminera si la tumeur a bien été totalement enlevée.
10. A la fin de l'intervention, un drain sera posé dans la cavité pelvienne. Il s'agit d'un tube plastique permettant le drainage du sang et des liquides directement dans un sac. La patiente le garde généralement entre 24 et 48 heures.
11. La plupart des chirurgiens poseront également un tube dans la vessie (cathéter suprapubien) pour drainer l'urine. Ce cathéter restera en place pendant 5 à 7 jours, au cas où les nerfs allant vers la vessie aient été lésés.
12. L'incision abdominale sera ensuite recousue et nettoyée, avant d'être pansée.

Juste après l'intervention

13. La patiente restera un petit moment sous surveillance médicale en salle de réveil, avant de réintégrer un lit normal.
14. Au réveil, elle souffrira de nausées pendant quelques heures et sera sous perfusion. Les premiers jours, elle aura mal au ventre, à l'endroit de l'opération, mais le personnel médical lui donnera ce qu'il faut pour soulager la douleur et les nausées.

Rétablissement à l'hôpital

15. Le personnel hospitalier s'assurera que la patiente respire normalement, s'assoit, fait travailler ses muscles et marche dès qu'elle le peut. C'est le meilleur moyen de prévenir les complications.
16. L'intervention peut léser certains nerfs contrôlant les muscles de la vessie et du rectum, entraînant une "paresse" de ces deux organes qui se vident moins facilement qu'avant l'intervention, si bien que la patiente éprouvera des diffi-

cultés à uriner ou à aller à la selle. Elle gardera le cathéter suprapubien pendant quelques jours jusqu'à ce qu'elle puisse uriner à nouveau normalement. Dans la plupart des cas, les fonctions du rectum et de la vessie sont partiellement rétablies au moment de la sortie d'hôpital et parfaitement normales 3 à 6 mois après l'opération.

17. La durée d'hospitalisation est de 7 à 10 jours, selon les facultés de récupération de la patiente et les soins dont elle peut bénéficier chez elle. Il faut compter entre 6 et 12 semaines de convalescence après une hystérectomie radicale.

Visite de contrôle 6 semaines après l'intervention

18. Le chirurgien remettra à la patiente les résultats de l'analyse microscopique des tissus enlevés. Il l'examinera soigneusement afin de s'assurer qu'elle se rétablit normalement. Le moindre problème sera immédiatement pris en charge.
19. Un examen au spéculum permettra de vérifier si la cicatrisation est en bonne voie.
20. Le chirurgien discutera ensuite avec la patiente de l'étendue de la maladie, d'après les résultats du compte-rendu de laboratoire. Il parlera également d'un éventuel traitement complémentaire et des risques de récurrence.

SUIVI A DOMICILE

Avant de quitter l'hôpital, la patiente recevra toute une série de conseils pour faciliter son rétablissement. Elle sera également informée des symptômes associés à d'éventuelles complications. Vous pouvez l'aider en renforçant ce conseil.

1. L'entourage de la patiente devra assurer les tâches domestiques pendant les premières 3 à 6 semaines, le temps qu'elle reprenne des forces. Pendant toute la durée de sa convalescence, la patiente devra éviter les gros travaux domestiques et toute activité physique intense, elle devra éviter de marcher trop longtemps et de porter des choses lourdes. Elle peut cependant se doucher et manger normalement. Elle peut également faire une petite promenade, une ou deux fois par jour.
2. Sa famille devra l'inciter à se reposer, dès qu'elle paraît fatiguée, et faire en sorte qu'elle s'alimente correctement.
3. Il faut au moins 6 semaines jusqu'à complète cicatrisation. Pendant tout ce temps, la patiente ne devra rien mettre dans le vagin (ni doigt, ni tampon), ne pas faire de douche vaginale et ne pas avoir de relations sexuelles (elle peut

cependant avoir d'autres formes de rapports intimes), ceci afin d'éviter tout risque d'infection et permettre une bonne cicatrisation. Le soutien du partenaire est naturellement indispensable.

4. Le tableau ci-dessous dresse une liste des éventuels symptômes post-opératoires et ce qu'il faut faire pour y remédier.

Si la patiente se sent/a	Cause	Ce qu'elle doit faire
Dépressive – il est normal de se sentir triste après une grosse intervention chirurgicale	Douleur, fatiguée, inquiétude	Patienter. Ça ne dure guère plus de 2 semaines
Maux de ventre – c'est normal	Douleurs liées à l'intervention elle-même	Alimentation riche en fibres, boire beaucoup, prendre un laxatif (bisacodyl) ; ces symptômes disparaissent au bout de 6 mois
Difficulté à uriner ; incapacité à vider totalement la vessie	L'intervention a lésé un nerf, "paresse de la vessie"	"Double miction": uriner normalement, puis se lever, marcher quelques minutes et uriner à nouveau. Si ça ne suffit pas, la patiente pourra être amenée à poser elle-même une sonde urinaire. L'hôpital lui montrera comment faire et lui donnera le matériel utile. Le problème est censé disparaître au bout de 3 à 6 mois
Fatigue – c'est normal	La récupération physique exige du repos	S'allonger pendant la journée aussi souvent qu'il le faut

5. Il faut s'assurer que la patiente (et son entourage) connaît les signes et les symptômes associés aux complications (voir tableau ci-dessous) et lui dire d'aller immédiatement au dispensaire ou à l'hôpital au moindre symptôme.

Complication	Signes et symptômes
Infection de l'incision abdominale	Douleur, inflammation et pus au niveau de la zone d'incision
Infection pelvienne	Douleur pelvienne (pas une simple gêne), souvent accompagnée de fièvre, de pertes vaginales nauséabondes ou de saignements
Lymphocyste – provoqué par l'accumulation de liquide lymphatique après ablation des ganglions lymphatiques	Congestion ou douleur pelvienne, 2 à 3 mois après l'intervention
Infection urinaire	Sensation de brûlure à la miction ; fréquente envie d'uriner
Phlébite (thrombose)	Inflammation, douleur et œdème des membres inférieurs

L'hôpital fournira à la patiente tout le matériel et les médicaments dont elle a besoin chez elle (voir liste ci-dessous), ainsi qu'une ordonnance écrite pour se réapprovisionner:

- paracétamol pour les douleurs modérées (si besoin) ;
- laxatif (e.g. bisacodyl) ;
- sondes urinaires ;
- compresses et désinfectant pour la plaie.

FP 15

Fiche pratique 15 : Hystérectomie

FICHE PRATIQUE 16 : TELETHERAPIE PELVIENNE

La téléthérapie pelvienne consiste à irradier la région pelvienne à distance, à l'aide d'un appareil spécial (Figure FP16.1).

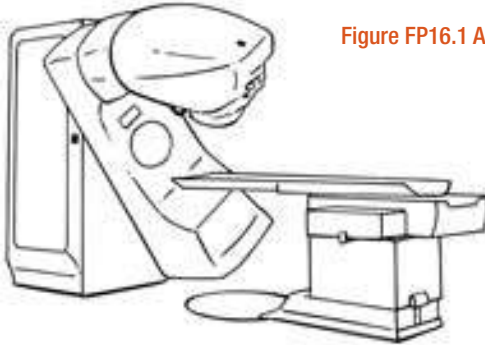


Figure FP16.1 Appareil de téléthérapie

Cette Fiche Pratique a été élaborée pour permettre aux prestataires des niveaux de soins primaires et secondaires d'expliquer aux patientes le procédé de traitement, avant qu'elles n'aillent à l'hôpital, et de les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

EXPLIQUER LE DEROULEMENT DU TRAITEMENT

Il faut donner aux patientes le plus d'information possible sur la téléthérapie pelvienne et ses éventuels effets secondaires. Il faut leur préciser en quoi consiste ce traitement et qui s'en charge à l'hôpital. Il faut également les prévenir qu'elles seront seules pendant l'administration des doses de rayonnements, mais que ça ne dure pas longtemps et que ça ne fait pas mal. La description ci-dessous des différentes étapes de la téléthérapie pelvienne vous aidera à répondre à leurs questions.

Avant de commencer la téléthérapie

1. Le personnel hospitalier donnera toutes les instructions utiles, à savoir : les vêtements qu'elle doit emporter et les médicaments à prendre à l'avance.
2. La patiente recevra toute l'information nécessaire concernant les détails du traitement, les complications possibles et les différentes options, avant de donner son consentement éclairé. Elle prendra d'abord rendez-vous pour une radiographie pelvienne par scanner de simulation aux rayons X ou tomographie assistée par ordinateur (CT).

Préparation à la téléthérapie

3. Le premier jour, on demandera à la patiente de se déshabiller et de s'allonger sur une table spéciale. Elle subira peut-être un examen gynécologique, avant de passer une radio qui permettra de repérer la région abdominale à irradier. Celle-ci sera délimitée précisément à l'aide d'un marqueur indélébile. La patiente ne doit surtout pas effacer ces traces.
4. La patiente recevra ensuite le planning des séances de téléthérapie.
5. Elle recevra les conseils suivants :
 - il est préférable de porter des vêtements amples et d'éviter le port du pantalon, afin d'éviter les irritations ;
 - il n'est pas interdit de prendre une douche chaude, mais il ne faut pas prendre de bains prolongés, utiliser des savons détersifs, essuyer et frotter la peau ;
 - ne rien mettre dans le vagin pendant toute la durée du traitement (comme des tampons), ne pas avoir de relations sexuelles ;
 - éviter les laits pour le corps vendus dans le commerce, car ils peuvent contenir des métaux lourds dangereux. Si la patiente a besoin d'une crème, elle demandera au personnel du centre de traitement de lui en prescrire une ;
 - ne pas effectuer de travaux pénibles, ne pas travailler dans un environnement chaud et humide ;
 - il est possible de continuer à assurer les tâches domestiques quotidiennes ou un travail de bureau modéré ;
 - en fin de traitement, la patiente se sentira peut-être fatiguée, voire même dépressive. Elle devra alors limiter ses activités ;
 - la répétitivité des séances quotidiennes est souvent lassante. La patiente devra alors se souvenir que ses chances de guérison diminuent si elle interrompt le programme de radiothérapie ou si elle manque des séances et retarde ainsi l'échéance du traitement.

Téléthérapie

6. Lors de la première séance, le technicien en radiothérapie confirmera l'identité de la patiente, le programme de traitement et le consentement éclairé de la patiente. Il lui expliquera la procédure et lui montrera l'appareil d'irradiation dans la pièce blindée.

7. La patiente sera installée sur la table de radiothérapie et devra rester dans la position demandée. Tout le personnel quittera la pièce.
8. La patiente restera seule pendant toute la durée du traitement, mais elle pourra communiquer avec l'équipe de radiothérapie par le biais d'un interphone et d'un circuit vidéo.
9. Pendant le traitement, l'appareil de radiothérapie se déplacera plusieurs fois, soit sous pilotage automatique, soit le technicien entrera dans la pièce pour le positionner.
10. La patiente ne sentira rien pendant le traitement. Celui-ci dure seulement quelques minutes.
11. Un programme de téléthérapie pelvienne comporte généralement 25 séances programmées sur 5 semaines.

Séances

12. Les séances suivantes se dérouleront de façon similaire. Si la patiente a un quelconque problème, elle ne doit pas hésiter à le signaler au technicien qui l'adressera, si nécessaire, au radiologue oncologue.
13. Le radiologue oncologue verra la patiente une fois par semaine pour une "vérification de traitement". Il l'interrogera sur les signes et les symptômes qu'elle éprouve et évaluera la façon dont elle supporte la radiothérapie.
14. La patiente sera également informée des effets secondaires aigus les plus courants du traitement (voir ci-dessous) et des mesures à prendre dans ce cas-là. Ces effets se résorbent généralement d'eux-mêmes, une fois le traitement terminé.

FP 16

Fiche pratique 16 : Téléthérapie pelvienne

Effet secondaire	Signes et symptômes	Ce qu'il faut faire
Réaction cutanée à l'irradiation	Erythème généralement à partir de la 3 ^{ème} semaine de traitement. La réaction cutanée s'amplifie au fur et à mesure des séances. Il y a parfois sécheresse cutanée et desquamation dans les replis cutanés, notamment le pli fessier.	De temps en temps seulement, laver délicatement la région enflammée, sans frotter. Si c'est douloureux, prendre un léger antalgique. Si la réaction cutanée est importante (souvent à cause de lavages trop fréquents), le radiologue différera les séances suivantes (ceci peut compromettre la guérison).
Troubles intestinaux	Comme le rectum et la partie terminale du colon qui assurent la réabsorption hydrique du contenu intestinal sont situés dans la région pelvienne, l'irradiation peut affecter cette fonction de réabsorption et provoquer des selles molles ou des diarrhées.	Le radiologue oncologue prescrira des médicaments. Il ne faut pas prendre les remèdes communément utilisés.
Troubles urinaires	Fréquentes et urgentes envies d'uriner. Possible sensation de brûlure à la miction. Parfois présence de sang dans les urines, mais c'est rare.	La patiente doit retourner à l'hôpital pour subir un examen et recevoir un traitement.

Suivi

15. Une fois la téléthérapie terminée, la patiente prendra rendez-vous pour une visite de contrôle, 6 semaines plus tard. Lors de cette consultation, le médecin procédera à une évaluation générale de son état et à un examen gynécologique pour vérifier la guérison.
16. Le radiologue oncologue et le gynécologue sont les mieux à même d'évaluer les symptômes qui affectent la région pelvienne – vagin, intestin et vessie. Il faut donc leur signaler tout symptôme ou tout signe qui semble grave ou inhabituel.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE PENDANT ET APRES LA TELETHERAPIE

1. Aider la patiente à rester positive.
2. Lui conseiller, ainsi qu'à son époux, de s'abstenir de relation sexuelle pendant toute la durée de la radiothérapie. Après quoi, il est conseillé qu'elle reprenne une activité sexuelle normale.
3. Préciser à la patiente qu'elle n'a pas besoin de contraception. Une grossesse n'est plus possible pendant et après la téléthérapie pelvienne.
4. Lui expliquer l'intérêt des visites régulières de contrôle avec le radiologue oncologue et le gynécologue ; lui dire de ne pas hésiter à avancer le rendez-vous prévu, en cas de symptômes graves ou inhabituels.
5. Expliquer à ses proches qu'ils peuvent l'aider à se rétablir, en assumant les tâches domestiques à sa place, jusqu'à ce qu'elle ait repris des forces.
6. L'inciter à s'allonger dès qu'elle se sent fatiguée ; s'assurer qu'elle s'alimente bien.
7. L'informer des complications tardives :
 - chez les femmes non ménopausées, l'irradiation déclenche une ménopause précoce, accompagnée des symptômes habituels : absence de règles, bouffées de chaleur et sécheresse vaginale;
 - la fibrose et la sténose vaginales, consécutives à la radiothérapie, amplifient les symptômes vaginaux de la ménopause et rendent les relations sexuelles encore plus difficiles, voire impossibles. Il convient alors de prescrire des dilateurs et des lubrifiants vaginaux pour éviter la formation d'adhérences. Il est important de garder le vagin ouvert pour permettre l'examen du col. Il faut encourager la femme à avoir une activité sexuelle ;
 - six mois après le traitement, la peau exposée à l'irradiation peut présenter des zones de pigmentation ou de dépigmentation et de sclérose ;

FP 16

Fiche pratique 16 : Téléthérapie pelvienne

- on observe parfois le développement tardif d'une sténose rectale et d'une fistule recto-vaginale (communication entre le vagin et le rectum). Ces complications très invalidantes nécessitent parfois une intervention chirurgicale, voire même une colostomie ;
- la vessie peut parfois se scléroser et diminuer de volume, ce qui provoque de fréquentes envies d'uriner et prédispose aux infections urinaires. Il arrive très rarement qu'une fistule vésico-vaginale se développe et provoque une incontinence urinaire, nécessitant une chirurgie réparatrice ;
- exceptionnellement (une patiente sur mille), la radiothérapie peut favoriser le développement d'un nouveau cancer.

FICHE PRATIQUE 17 : CURIETHERAPIE

FP 17

Fiche pratique 17 : Curiethérapie

La curiethérapie consiste à irradier la tumeur en plaçant une source radioactive à proximité, c'est-à-dire, à l'intérieur de l'utérus et dans la cavité vaginale. Cette Fiche Pratique a été élaborée pour permettre aux prestataires des niveaux de soins primaires et secondaires d'expliquer le procédé de traitement à leurs patientes, avant qu'elles n'aillent à l'hôpital, et de les aider à se rétablir quand elles rentrent chez elles.

EXPLIQUER LE DEROULEMENT DU TRAITEMENT

Il faut donner aux patientes le plus d'information possible sur le procédé de traitement, l'anesthésie, les effets secondaires et les éventuelles complications associés à la curiethérapie. La description ci-dessous des différentes étapes de la curiethérapie vous aidera à répondre à leurs questions.

Curiethérapie à faible débit de dose (LDR)

Elle est administrée 1 à 2 semaines après que la patiente ait terminé son traitement par téléthérapie.

Préparation

1. Le personnel hospitalier donnera toutes les instructions utiles, à savoir : les vêtements à emporter et les médicaments à prendre à l'avance.
2. La patiente sera informée des détails du traitement et des complications possibles, avant de donner son consentement éclairé.

Intervention

3. Le jour de l'intervention, la patiente sera emmenée au bloc opératoire et placée sous anesthésie générale.
4. Pose d'une sonde urinaire.
5. Examen gynécologique.
6. A l'aide du spéculum vaginal, le prestataire de soins placera des applicateurs métalliques particuliers à l'intérieur du canal endocervical et tout autour dans le vagin. Ces applicateurs contiendront les sources radioactives.
7. Une radiographie permettra de vérifier qu'ils sont bien positionnés.
8. A son réveil, la patiente sera installée dans une chambre blindée (munie de protections en plomb).

9. Elle devra rester allongée sur le dos pendant toute la durée du traitement (environ 2 jours).
10. La sonde urinaire sera reliée à un sac collecteur d'urine.
11. Le personnel hospitalier quittera la chambre et les sources radioactives seront chargées de façon automatisée dans les applicateurs préalablement insérés à proximité de la tumeur.
12. La patiente ne ressentira absolument aucune douleur pendant le traitement.
13. Pendant toute la durée de la curiethérapie, la porte de la chambre restera fermée. La patiente devra utiliser un bassin pour aller à la selle et prendre tous ses repas au lit. Elle pourra communiquer avec le personnel médical par interphone. Elle pourra lire, écouter la radio ou regarder la télévision, mais elle ne devra surtout pas bouger de son lit ! Les autorisations de visite seront extrêmement limitées.
14. Une fois le temps de traitement écoulé, la patiente recevra un léger sédatif, les sources radioactives et les applicateurs seront retirés.
15. La patiente pourra ensuite sortir de l'hôpital.

Dans certains hôpitaux, le traitement est répété une semaine plus tard.

Curiethérapie à haut débit de dose (HDR)

Le procédé est similaire à celui de la curiethérapie LDR, à quelques différences près, énumérées ci-dessous :

1. la curiethérapie HDR débute généralement au cours de la trois^{ième} semaine de téléthérapie ;
2. le traitement est réalisé en ambulatoire, éventuellement sous anesthésie légère, rarement sous anesthésie générale. Chaque séance prend seulement une heure ;
3. après la pose du cathéter de curiethérapie, la patiente subira plusieurs examens gynécologiques, au cours desquels seront insérés dans son vagin un spéculum et des rétracteurs latéraux des parois vaginales ;
4. le cathéter métallique de curiethérapie inséré dans l'utérus sera relié à l'appareil de curiethérapie contenant la source radioactive ;
5. la patiente ne devra pas bouger pendant tout le temps de l'irradiation (plusieurs minutes). Le personnel médical quittera la pièce pendant le traitement ;

6. la patiente pourra rentrer chez elle, dès la fin de la séance ;
7. Le nombre de séances varie de 2 à 8, avec une moyenne de 4. Il s'écoule entre 24 heures et 1 semaine entre deux séances ;
8. Après la première séance, la patiente recevra le planning des séances suivantes.

Effets secondaires et complications possibles de la curiethérapie gynécologique

Les effets secondaires de la curiethérapie gynécologiques sont les mêmes que ceux de la téléthérapie pelvienne (Fiche Pratique 16). L'information et le conseil dispensés aux patientes sont également identiques. Il faut leur parler de l'anesthésie ou de la sédation et des complications possibles de la curiethérapie : fibrose vaginale, atrophie de la muqueuse et formation de pétéchies à l'origine de saignements. La curiethérapie provoque également des complications tardives au niveau du rectum et de la vessie.



Téléthérapie
pelvienne

FP 17

Fiche pratique 17 : Curiothérapie

7

CHAPITRE 7 : SOINS PALLIATIFS

CHAPTER 7 : Soins palliatifs

Points essentiels

- Les soins palliatifs représentent un élément essentiel de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Les soins palliatifs sont destinés à éviter les souffrances inutiles et à améliorer la qualité de vie des femmes dont le cancer est à un stade avancé. Ils englobent le soutien psychologique, le soulagement des symptômes, les soins terminaux et l'accompagnement des familles dans le deuil. Ils tiennent compte des besoins physiques, psychologiques et spirituels des patientes et de leurs proches
- Les soins palliatifs doivent débiter dès le diagnostic du cancer du col, pour pouvoir anticiper les besoins, planifier les mesures préventives et thérapeutiques et les mettre en œuvre.
- Les soins palliatifs aident les patientes en phase terminale à finir leur vie dans la dignité et la sérénité.
- On pourrait penser que le droit de chacun à ne pas souffrir fait partie des droits de l'homme, pourtant, les moyens de lutte contre la douleur restent encore trop souvent inexploités. Il convient de renforcer les mécanismes de leur utilisation.
- Il est possible de lutter efficacement contre la douleur dans 90% des cas, en combinant les approches médicales et non-médicales.
- Il faut former les patientes et tous ceux qui s'occupent d'elles aux soins palliatifs (notamment à la prise en charge à domicile des symptômes de la maladie), leur assurer un soutien constant et leur procurer le matériel nécessaire.

A PROPOS DE CE CHAPITRE

Ce chapitre traite des soins palliatifs, l'un des aspects les plus importants et trop souvent négligé des programmes de lutte contre le cancer du col. Il souligne l'intérêt de disposer d'équipes soignantes bien formées, capables de dispenser des soins aussi bien en milieu médical qu'à domicile, et d'aider la patiente à vivre aussi pleinement que possible jusqu'à sa mort. La famille de la patiente fait elle aussi partie de l'équipe soignante. Ce chapitre présente des conseils concernant la prise en charge des symptômes associés au cancer invasif du col. Les Fiches Pratiques 18 à 20 contiennent des instructions détaillées pour la prise en charge de la douleur et des symptômes (vaginaux et autres) auxquels sont confrontées les patientes gravement malades. La plupart des points traités dans ce chapitre sont valables pour tous les patients atteints de maladies incurables qui nécessitent des soins palliatifs.

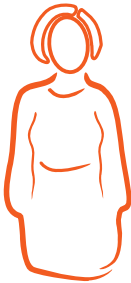


- Prise en charge de la douleur
- Soins palliatifs
- Prise en charge des pertes vaginales et des fistules

ROLE DES PRESTATAIRES DE SOINS

Le rôle des prestataires des différents niveaux de soins est essentiel quand il s'agit d'améliorer la qualité de vie des patientes en phase terminale, ainsi que celle de leurs familles.²⁰ Il faut pour cela, qu'ils travaillent en équipe non seulement pour dispenser des traitements, des soins et du réconfort, mais aussi pour transmettre des informations précises à la patiente, à sa famille et à la communauté, et leur apprendre à utiliser des techniques simples, destinées à améliorer le confort et le bien-être des personnes malades. Il est donc indispensable qu'ils soient formés à la prise en charge des problèmes à la fois physiques et psychologiques, et qu'ils possèdent par ailleurs de bonnes capacités de compréhension et de communication.

ANECDOTE



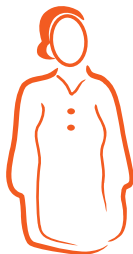
Amélia, 57 ans, vit en Angola. Elle a 6 enfants et de nombreux petits-enfants. Comme elle souffrait depuis plusieurs mois de pertes vaginales nauséabondes, elle a demandé à **sa fille aînée** de la conduire à l'hôpital de district le plus proche, à 95 kilomètres de chez elle. Un médecin l'a examinée et lui a fait faire des analyses, avant de lui annoncer qu'elle souffrait d'un cancer du col de l'utérus qui s'était étendu au vagin, à la vessie et aux parois pelviennes. Une fuite d'urine directe-



ment dans son vagin était à l'origine des pertes vaginales nauséabondes. Le médecin déclara qu'à ce stade, il n'y avait malheureusement aucun traitement permettant de guérir la maladie, mais qu'il existait cependant des soins susceptibles de la soulager. Il ajouta qu'il avait l'habitude de travailler avec une organisation de soins à domicile, proche du village d'Amélia et dont les agents de santé s'occupaient tout particulièrement de personnes gravement malades (SIDA, cancer ou autres pathologies). Le médecin écrivit une lettre d'introduction au responsable de l'organisation, en expliquant la situation d'Amélia et en lui demandant de passer chez elle. Il précisa à Amélia qu'il collaborerait à distance avec les agents de santé, afin qu'elle ait bien tous les médicaments nécessaires, notamment des antalgiques, car la douleur risquait d'empirer avec la progression de la maladie.

²⁰ Dans ce contexte, le terme "famille" englobe tous ceux qui comptent pour la patiente.

Bien qu'Amélia et sa fille aient été catastrophées et profondément choquées par le diagnostic, elles furent rassurées par la gentillesse du médecin et son attention. En outre, le fait qu'il promette de continuer à s'occuper d'Amélia, même à distance, les rendit plus optimistes et plus confiantes dans l'avenir.



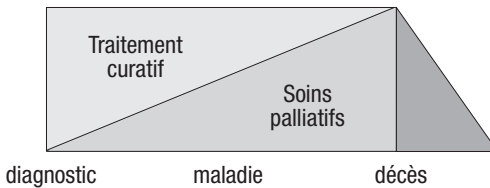
L'agent de santé, une femme, vint comme promis chez Amélia. Elle lui montra, ainsi qu'à sa fille, comment préparer des serviettes hygiéniques à partir de vieux linges propres pour absorber les pertes vaginales, à quelle fréquence les changer et comment les laver. Elle expliqua également à Amélia comment appliquer de la vaseline sur la région vaginale dont la peau commençait à être irritée par l'humidité permanente, comment faire sa toilette intime quotidienne à l'eau et au savon et prendre des bains de siège. Avec son accord, elle parla avec la famille de la meilleure façon de soutenir Amélia et de se soutenir mutuellement pendant sa maladie. Elle insista sur l'importance du partage des tâches domestiques, car avec l'aggravation de la maladie, il y aurait davantage de lessives, la literie et les sous-vêtements ayant besoin d'être changés plus souvent. Elle expliqua comment protéger le matelas avec des alèses en plastique, où se procurer des antalgiques à bas prix (à l'hôpital mission local). Quelqu'un devrait se charger d'aller les chercher régulièrement. Les proches d'Amélia étaient pauvres, mais l'agent de santé les aida à obtenir l'assistance de la communauté, de l'église et de la mission locale, de façon à ce qu'ils ne manquent de rien pour assurer les soins.

L'agent de santé leur expliqua également combien il était important de faire participer Amélia à la vie familiale et à celle de la communauté. Les proches s'arrangèrent donc pour qu'Amélia reçoive les visites de ses amies quand elle se sentait suffisamment bien. Ils firent en sorte de lui préparer ses repas chacun leur tour, et quand elle devint trop faible pour quitter son lit, ils s'arrangèrent pour qu'il y ait toujours quelqu'un près d'elle, de telle sorte qu'Amélia ne s'est jamais sentie exclue à cause de sa maladie. Bien au contraire, même à l'approche de la mort, sa maison était toujours pleine de vie et de gaieté, et Amélia s'est sentie aimée et entourée jusqu'à la fin.

APPROCHE INTEGREE DES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont destinés à améliorer la qualité de vie des patientes et de leurs familles, en les aidant à affronter les problèmes associés à une maladie extrêmement grave. Pour anticiper, prévenir ou remédier à ces problèmes, il faut immédiatement prendre en compte les besoins de la patiente au moment du diagnostic (Figure 7.1). Ainsi, quand on parle de soins palliatifs, il ne s'agit pas seulement de soins terminaux, il s'agit également de la prise en charge de tous les symptômes pénibles, en particulier de la douleur. Ces soins peuvent être assurés par le personnel soignant des dispensaires et des hôpitaux, ainsi que par des membres de la famille et de la communauté.

Figure 7.1 Ensemble des soins



Pourquoi les soins palliatifs sont-ils nécessaires ?

Même avec les meilleurs programmes de prévention et de dépistage, il y aura toujours des femmes dont la maladie sera diagnostiquée trop tard ou évoluera jusqu'à un stade avancé et qui, par conséquent, auront besoin d'une assistance médicale et psychologique et d'une prise en charge de la douleur. D'autre part, dans de nombreux pays, les ressources limitées ne permettent pas aux femmes de bénéficier d'un programme de dépistage organisé et beaucoup d'entre elles consultent quand les symptômes du cancer du col se manifestent, c'est à dire très souvent dans les derniers stades (voir Chapitre 6). De plus, ces pays ne disposent pas toujours des infrastructures nécessaires au traitement du cancer du col, ou si elles existent, elles ne sont pas toujours accessibles, si bien que des femmes atteintes d'un cancer du col relativement peu avancé ne peuvent pas toujours recevoir le traitement le plus efficace et vont donc avoir besoin d'une prise en charge de la douleur et des symptômes associés à l'évolution de la maladie. Dans un tel contexte, il est donc capital de mobiliser les ressources nécessaires pour offrir des soins palliatifs aux femmes dont la maladie est incurable, surtout dans les milieux ruraux où il n'y a que très peu de services médicaux et où beaucoup de femmes meurent chez elles dans des conditions difficiles.

Il existe d'autres maladies chroniques graves, comme le SIDA, qui nécessitent également des soins particuliers. Il est donc indispensable de créer aux différents niveaux de soins des équipes soignantes dont les membres sont formés aux soins palliatifs. Quand c'est possible, les familles des patientes participeront également à ce travail d'équipe.

RECOMMANDATION

Il faut utiliser les services de soins palliatifs existants ou en créer de nouveaux pour répondre aux besoins des femmes atteintes d'un cancer incurable. Quel que soit le niveau de soins, il faut offrir aux agents de santé la formation et les ressources nécessaires, pour qu'ils puissent prendre en charge les principaux problèmes physiques et psychosociologiques, en s'attachant tout particulièrement à soulager la douleur.

Principes des soins palliatifs

Les soins palliatifs :

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

Principaux aspects des soins palliatifs

- *Prévention et prise en charge des symptômes* : cet aspect comprend aussi bien la radiothérapie palliative (pour diminuer le volume de la tumeur), que le traitement des écoulements et des saignements vaginaux, des fistules, des difficultés à s'alimenter, des escarres, de la fièvre et des crampes. Il faut apprendre aux familles à prévenir au mieux ces problèmes et à aider les patientes dans les actes de la vie quotidienne (se laver, aller aux toilettes et faire un peu d'exercice).
- *Soulagement de la douleur* : on arrive à soulager efficacement la douleur dans 90% des cas, grâce à la fois aux techniques médicales décrites dans ce chapitre et à des méthodes de complément non médicales.
- *Soutien psychologique, social et spirituel* : c'est un aspect important des soins palliatifs qui exige de la part des prestataires de soins compétence et sens de la communication.
- *Participation des familles* : les agents de santé doivent s'assurer que les patientes et leur entourage ont bien compris la nature de la maladie, son pronostic et le traitement préconisé. Ils doivent également aider les patientes à décider des soins. Il faut qu'elles aient le sentiment de garder le contrôle de la situation, tout en bénéficiant de l'assistance de l'équipe médicale chargée de leur procurer l'information utile, de les conseiller et de les soutenir dans leurs décisions prises en toute connaissance de cause.

Les soins palliatifs passent par l'application systématique des cinq étapes (cinq principes fondamentaux) décrites ci-dessous. Comme pour tous les autres aspects des soins dans le cadre du cancer du col, les soins palliatifs exigent un travail d'équipe et la mobilisation des ressources nécessaires.

Les cinq principes fondamentaux des soins palliatifs : Evaluer, Conseiller, Discuter, Aider, Prévoir.

Evaluer :	Evaluer l'état de la patiente et identifier les traitements nécessaires ; évaluer les connaissances, les compétences et les préoccupations de la patiente et des personnes qui s'occupent d'elle, par rapport à la maladie et au traitement.
Conseiller :	Expliquer comment prévenir et prendre en charge les symptômes (quelques-uns à fois) ; enseigner les techniques de soins (faire la démonstration et vérifier les compétences).
Discuter :	Après avoir communiqué l'information et enseigné les techniques de soins, s'assurer que la patiente sait ce qu'elle doit faire et qu'elle veut bien le faire. Encourager l'autogestion et les soins familiaux.
Aider :	S'assurer que le patiente et sa famille ont tout ce qu'il faut pour faire face aux situations difficiles et donner les soins nécessaires. Leur fournir des instructions écrites, accompagnées au besoin d'illustrations pour ceux qui ne savent pas lire.
Organiser :	Programmer les prochaines visites à domicile. S'assurer que la patiente, son entourage et tous ceux qui s'occupent d'elle, savent à qui s'adresser, s'ils ont des questions ou s'ils s'inquiètent.

S'assurer que la famille sait quand elle doit demander de l'aide et qui appeler.

Participation de la famille aux soins palliatifs

La participation des familles aux soins palliatifs est capitale dans les pays en développement, car la plupart des patientes sont soignées chez elles, en raison de l'insuffisance des ressources et du manque de personnel. Quand la patiente est d'accord et que les circonstances le permettent, il faut impliquer son entourage dans les prises de décision. Pour cela, il doit être systématiquement tenu informé des décisions médicales, notamment des modifications de traitement et des changements de personnel soignant. Il doit être également formé à dispenser les soins. En revanche, seuls des agents de santé, habilités à utiliser les médicaments recommandés dans le cadre légal, peuvent assurer les soins médicaux. Les prestataires de soins des catégories supérieures (médecin, assistant médical « clinical officer » ou infirmière) doivent soutenir en permanence tous ceux qui dispensent les soins palliatifs à domicile. Ils doivent faire en sorte d'être disponibles à tout moment, que ce soit pour une consultation ou un recours.

Mobiliser les ressources locales pour les soins à domicile

Quand une femme ne peut plus travailler et s'occuper des siens, les ressources familiales s'amenuisent parfois de façon drastique. Il est toutefois possible d'obtenir des aides pour se procurer la nourriture, le matériel et les médicaments nécessaires, auprès d'organisations non gouvernementales, locales, régionales ou nationales, ainsi qu'auprès d'associations communautaires et religieuses et d'associations de femmes. Les programmes de soins palliatifs à domicile doivent établir des contacts avec ces organisations et renseigner les patientes et leurs familles sur les aides disponibles.

PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES COURANTS D'UN CANCER AVANCÉ

Les femmes atteintes d'un cancer du col à un stade avancé souffrent de toute une série de problèmes physiques, psychologiques et affectifs. La douleur en fait presque toujours partie et sa prise en charge représente une priorité des soins palliatifs.

Prise en charge de la douleur

Les moyens destinés à soulager la douleur chez les patientes atteintes d'un cancer :

- sont très peu exploités, si bien que beaucoup de patientes endurent des souffrances inutiles ;
- sont faciles à mettre en œuvre et bon marché ;
- nécessitent une coopération et une communication bilatérale entre soignants à domicile et prestataires des différents niveaux de soins.

Les agents de santé qui assurent les soins à domicile sont davantage sensibilisés aux besoins et aux attentes des patientes, tandis que ceux qui assurent les soins médicaux peuvent leur offrir une assistance médicale et des médicaments.



Prise en charge
de la douleur

Obstacles à une prise en charge efficace de la douleur :

- une partie des prestataires de soins et de la population en général ignorent trop souvent qu'il existe des moyens efficaces et bon marché pour soulager la douleur.
- pénuries d'analgésiques à cause d'une réglementation restrictive. Même si les substances contrôlées (opioïdes et morphine orale) sont en principe disponibles, les prestataires de soins — y compris, les médecins — n'osent pas toujours les prescrire à cause des politiques nationales de lutte anti-drogue.
- inquiétudes injustifiées des prestataires de soins concernant l'accoutumance aux analgésiques et peur de contrevenir aux lois anti-drogue.

Il faut certes respecter les lois et les réglementations nationales, mais il convient toutefois de vérifier si elles autorisent des non médecins à administrer des analgésiques sous contrôle médical (supervision par des médecins ou des infirmières). Si ce n'est pas le cas, les personnels médical et non médical doivent unir leurs efforts pour plaider en faveur du droit des patientes à ne pas souffrir.

Dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le cancer, il est parfois nécessaire de modifier les réglementations restrictives des substances contrôlées pour permettre l'accès aux traitements anti-douleur, et bien que ce ne soit pas leur rôle de faire bouger les politiques et les lois, les prestataires de soins doivent plaider en faveur de ces modifications pour lever les barrières qui bloquent l'accès aux analgésiques, en particulier aux opioïdes.

RECOMMANDATION

Les programmes de lutte contre le cancer du col doivent garantir la disponibilité d'analgésiques non opioïdes, d'opioïdes et d'adjuvants, en particulier de morphine orale.

Echelle analgésique de l'OMS

L'OMS a conçu une méthode relativement peu onéreuse qui permet de soulager efficacement les souffrances associées au cancer d'environ 90% des patients. La Fiche Pratique 18 contient une description de cette méthode, désignée sous le terme « échelle analgésique de l'OMS ». Ce protocole de traitement de la douleur se résume comme suit :

- par voie orale : autant que possible, donner les analgésiques par voie orale pour permettre une large application de cette méthode ;
- en fonction de l'heure : respecter l'intervalle de temps entre chaque prise d'analgésique. Pour calmer efficacement la douleur, donner la dose suivante avant que la précédente ne fasse plus du tout effet ;
- en fonction de l'intensité de la douleur : dans un premier temps, donner de simples analgésiques non opioïdes, comme le paracétamol. Si cela ne suffit pas à calmer la douleur, il faut passer à la deux^{ième} étape et ajouter un léger opioïde comme la codéine. En cas d'échec, donner un opioïde plus puissant comme la morphine. Dans certains cas, on peut aussi utiliser des médicaments complémentaires, dits adjuvants, par exemple des psychotropes pour calmer la peur et l'anxiété ;
- en fonction de l'individu : il n'y a pas de dose standard d'opioïde. La dose correcte est celle qui soulage les souffrances de la patiente.



Prise en charge de la douleur

Règles d'utilisation des opioïdes :

**Il n'y a pas de dose standard : la dose correcte est celle qui soulage la douleur ;
Il n'y a pas de dose limite supérieure : la dose augmente progressivement avec la
tolérance du patient à l'effet analgésique.**

Chez les patientes atteintes d'un cancer du col, la nature du traitement anti-douleur dépendra de l'endroit où elles souffrent. Le Tableau 7.1 expose brièvement les différents modes de traitement des syndromes douloureux les plus fréquents.

Tableau 7.1 Différents modes de prise en charge des syndromes douloureux associés au cancer du col

Syndrome, caractéristiques cliniques	Douleur probablement due à :	Traitement
Douleur osseuse à la palpation, qui empire parfois avec le mouvement (il faut faire attention à prévenir les fractures en cas de fortes douleurs ou de douleur à la palpation des os supportant le poids du corps)	Métastases osseuses	<ul style="list-style-type: none"> • Radiothérapie • Bisphosphonates • Chirurgie des os supportant le poids du corps (pose de broches) • AINS* ± paracétamol dans tous les cas, sauf contre-indications • Corticostéroïdes, si contre-indication aux AINS • Opioïdes si douleur toujours présente
Douleur au mollet et au pied, perte de tonus musculaire	Atteinte du plexus nerveux sacro-lombaire	<ul style="list-style-type: none"> • AINS ± paracétamol • Stéroïdes : dexaméthasone, 4 mg/jour pendant 1 jour ou 2, puis 2 mg/ jour • Opioïdes • ± Antidépresseurs tricycliques ou un anticonvulsif
Douleur ressentie en soulevant la jambe tendue (signe du psoas) Douleur des membres inférieurs	Infiltration du muscle psoas	<ul style="list-style-type: none"> • Idem ci-dessus, mais le diazépam ou tout autre anti-spasmodique sont indispensables

*Anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Techniques non médicales contribuant à soulager la douleur

Certaines techniques, autres que l'approche médicale, adaptées à la culture et aux coutumes locales, peuvent réellement contribuer à soulager les souffrances. Elles peuvent être utilisées parallèlement aux médicaments anti-douleur, mais ne doivent surtout pas s'y substituer. Il s'agit du soutien affectif, des techniques de toucher et de massage, des distractions, de la prière, de la méditation et d'autres méthodes traditionnelles sans danger. Naturellement, l'utilisation de ces techniques ne peut se faire qu'avec l'accord de la patiente et de sa famille.

Prévention et prise en charge des autres symptômes associés aux stades avancés de la maladie

Il est possible de prendre en charge à domicile les symptômes suivants :

- pertes vaginales ;
- fistules ;
- saignement vaginal ;
- nausées et vomissements ;
- diarrhée ou constipation ;
- fièvre ;
- perte d'appétit, cachexie, faiblesse et fatigue ;
- œdème des membres inférieurs ;
- escarres ;
- souffle court ;
- dépression.



FP 19 Soins à domicile
FP 20 Prise en charge
des pertes vaginales

LE DECES ET LES DERNIERS INSTANTS

Anticiper les questions matérielles

Aider les patientes et leurs familles à affronter l'épreuve d'une mort imminente et du deuil, c'est aussi les encourager à parler de choses importantes, comme la nécessité de rédiger un testament, le problème du soutien financier de la famille, le rôle familial de chacun et ce qui va changer, le règlement des vieilles querelles.

Préparation à la mort

Il faut encourager les membres de la famille à parler entre eux, afin de rendre la mort moins angoissante et faciliter le deuil (voir Chapitre 6 concernant la façon de parler avec les patientes incurables et leurs familles). Il faut également savoir accepter les

moments de révolte et de colère des patientes et ne pas le prendre comme une attaque personnelle.

Un personnel soignant qualifié peut aider une patiente mourante :

- en l'encourageant à parler de ses sentiments de culpabilité ou de regret ;
- en abordant avec elle le sujet de la mort ;
- en lui offrant du réconfort et des soins ;
- en réagissant aux manifestations de son chagrin : déni, tristesse, chantage, désir, colère, humiliation, désespoir, culpabilité et résignation ;
- en gardant la porte ouverte à la communication, afin qu'elle puisse parler de ce qu'elle ressent, quand elle le souhaite ;
- en lui offrant une aide concrète, par exemple en l'aidant à réaliser un souhait ;
- en lui demandant la façon dont elle souhaite mourir (à quel endroit, en présence de la famille uniquement ou d'un agent pastoral de la santé) ;
- en veillant à respecter ses volontés.

Lorsqu'il s'agit d'envisager un transfert à l'hôpital, le personnel soignant doit tenir compte des volontés de la patiente et de sa famille. Il n'est pas justifié de transférer au dernier moment une patiente mourante, à moins qu'elle ne le demande.

Décès

Il est essentiel de respecter les rituels et les coutumes locales, ainsi que les volontés de la patiente, en ce qui concerne la toilette mortuaire, les funérailles et autres détails.

Deuil

L'accompagnement pendant la période deuil consiste à soutenir les proches de la défunte pour les aider à accepter la perte de l'être cher, en encourageant la parole et le partage des souvenirs. Il ne s'agit pas de leur apporter un semblant de réconfort, mais un réel soutien. Pour cela, les soignants à domicile et les prestataires de soins médicaux qui se sont occupés de la patiente jusqu'au bout doivent prendre le temps d'écouter et d'organiser l'aide pratique avec les voisins et amis.

ORGANISATION DES SERVICES DE SOINS PALLIATIFS

Dans les milieux les plus démunis, les soins palliatifs sont très souvent dispensés par des agents de santé communautaires qui n'ont reçu aucune formation particulière.

Pour que les agents de santé dispensent des soins palliatifs efficaces, il faut leur procurer :

- une formation aux soins palliatifs médicaux et psychologiques. Ceux qui possèdent déjà les compétences médicales de base peuvent acquérir cette qualification en 2 à 3 semaines ;
- une supervision et un soutien permanent de la part des infirmières et autres prestataires de soins spécialisés dans la prise en charge des problèmes médicaux et psychologiques des patientes gravement malades ;
- les médicaments indispensables et autres fournitures nécessaires aux soins palliatifs, en respectant la liste nationale des médicaments essentiels. La structure de soins primaires peut assurer l’approvisionnement régulier des soignants à domicile et des patientes ;
- un endroit sécurisé pour stocker les médicaments et un système séparé de traçabilité des analgésiques, en cas de demande par les autorités responsables de la réglementation pharmaceutique ;
- une communication ouverte avec le système officiel de santé et la possibilité de faire appel à des prestataires de soins plus expérimentés pour demander un avis ou orienter la patiente vers un niveau de soins différent.



Soins à domicile

Une approche d'équipe

Les prestataires des différents niveaux de soins — du spécialiste au personnel soignant à domicile — doivent travailler ensemble pour garantir aux patientes incurables la meilleure qualité de vie possible jusqu’à la fin. Dans les structures de soins tertiaires, l’équipe de soins palliatifs est parfois constituée d’un gynécologue, d’un radiothérapeute, d’un technicien en radiothérapie, d’un psychologue ou d’un conseiller, d’un nutritionniste, d’un physiothérapeute, d’une infirmière spécialisée en oncologie, d’un pharmacien, d’un assistant social et d’une infirmière spécialisée en soins palliatifs. Dans les milieux aux ressources limitées, il est peu probable qu’une équipe aussi hautement spécialisée opère au niveau de la communauté. Il faut donc concevoir des stratégies qui permettent à chaque agent de santé responsable au niveau communautaire des soins palliatifs à domicile, de mettre en contact les patientes et leurs familles avec les personnels des niveaux de soins supérieurs (dispensaires, hôpitaux de district et hôpitaux spécialisés).

SOINS PALLIATIFS AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE SOINS

7

Chapitre 7 : Soins palliatifs

Au sein de la population



- Rendre visite aux patientes à domicile, de façon régulière, pour pouvoir anticiper les problèmes et y remédier.
- Faciliter l'accès au matériel et aux médicaments.
- Enseigner les techniques de soins aux patientes et à leurs familles et vérifier qu'elles soient bien appliquées.
- Répondre aux questions, donner l'information et tenir les dossiers.
- Inciter les familles à faire participer autant que possible les patientes à leur vie quotidienne.

Au dispensaire



- Superviser, assister et procurer le matériel nécessaire aux ASC qui font les visites à domicile.
- Assurer les soins d'urgence ou de routine pour les problèmes qui surviennent après le diagnostic ou le traitement du cancer invasif du col.
- Diriger l'orientation des patientes vers d'autres structures dispensant des soins palliatifs.

A l'hôpital de district



- Entretenir le contact avec le dispensaire et les prestataires de soins palliatifs et assurer le suivi des femmes qui sont adressées à ce niveau.
- Assister et superviser l'équipe des niveaux de soins inférieurs.
- Procurer des traitements et des soins.
- Orienter les patientes vers l'hôpital central qui dispose des moyens nécessaires à la prise en charge des problèmes aigus, comme les hémorragies vaginales et les douleurs réfractaires à tout traitement.

A l'hôpital central



- Participer aux soins palliatifs organisés aux niveaux des structures de soins primaires et secondaires. Assister, former et superviser les prestataires des niveaux de soins inférieurs et les ASC.
- Procurer certaines méthodes palliatives, comme la radiothérapie.
- Conseiller et éduquer les patientes et leurs familles sur la prévention des problèmes les plus fréquents, comme les contractures musculaires et les escarres.
- Participer à l'élaboration de programmes de soins palliatifs individualisés pour chaque patiente. Orienter les patientes vers les établissements de soins les plus proches de leur domicile, en donnant des instructions à ces établissements et en assurant une supervision à distance. Être disponible pour les consultations par téléphone ou par courrier.
- Prescrire des médicaments comme les analgésiques, y compris la morphine orale, et remettre ces ordonnances aux patientes ou à ceux qui s'occupent d'elles, pour qu'ils puissent se les procurer quand il le faut.
- Se rendre de temps en temps sur le terrain, dans les communautés, pour animer des sessions de formation destinées aux ASC ou aux prestataires de soins à domicile, et s'informer de leurs conditions de travail et des conditions de vie des patientes.

SOURCES D'INFORMATION COMPLEMENTAIRES

- Bruera E, de Lima L, ed. *Cuidados paliativos : guías para el manejo clínico*. Washington, DC, Pan American Health Organization, International Association for Hospice and Palliative Care, 2004 (disponible uniquement en espagnol).
- Burns AA et al. *Where women have no doctor. A health guide for women*. Berkeley, CA, Hesperian, 1997.
- Davis E, Higginson IJ, ed. *Palliative care : the solid facts*. Copenhagen, Bureau régional OMS pour l'Europe, 2004.
- Doyle D, Hanks G, Cherney NI. *Oxford textbook of palliative medicine*, 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- European Association for Palliative Care. *A guide to the development of palliative nurse education in Europe, report of the EAPC task force*. Milan, EAPC, 2004.
- *Palliative care for women with cervical cancer: a field manual*. New York, NY, Seattle WA, PATH, EngenderHealth, 2003.
- *Palliative care for women with cervical cancer: a field manual*. Washington, DC, PATH, 2004.
- Recommendation 24 of the Committee of Ministers to Member States on the organisation of palliative care and explanatory memorandum, 2003 (adopté par le comité ministériel le 12 novembre 2003, lors de la 860^{ième} Réunion des représentants ministériels) (www.coe.int).
- OMS. Cancer pain relief, 2nd ed. Genève, 1996.
- OMS. Narcotic and psychotropic drugs : achieving balance in national opioids control y-guidelines for assessment. Genève, 2000.
- OMS. National cancer control programmes, 2nd ed. Genève, 2002.
- OMS. Palliative care : symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers. Genève, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev. 1).
- OMS. Caregiver booklet : a guide for patients, family members and community caregivers. Genève, 2004.

FICHE PRATIQUE 18 : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

FP18

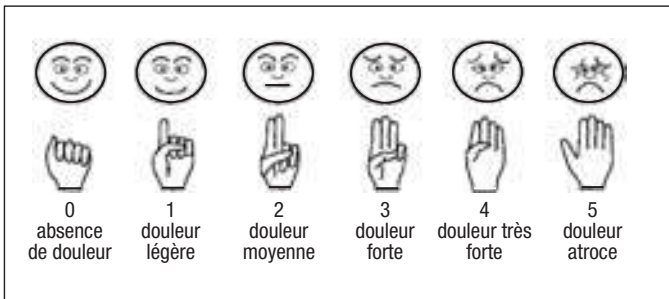
Cette Fiche Pratique décrit les techniques médicales permettant de soulager la douleur. Voir également le Tableau 7.1 pour des indications complémentaires.

On peut considérer que le droit de ne pas souffrir fait partie des droits de l'homme

SOULAGER LA DOULEUR ²¹

1. Evaluer l'intensité de la douleur. Si possible, en déterminer la cause, identifier toute nouvelle douleur ou tout changement par rapport à la douleur préexistante. Questionner la patiente pour savoir :
 - Où a-t-elle mal ? Qu'est-ce qui soulage cette douleur ou la fait empirer ?
 - Qu'est-ce qu'elle prend pour calmer la douleur ?
 - Y a-t-il un problème psychologique ou spirituel qui vient s'ajouter aux maux physiques de la maladie ? Est-elle inquiète, effrayée, dépressive ou triste ?
 - La douleur est-elle forte ? Graduer l'intensité de la douleur à l'aide des mimiques ou des mains (Figure FP18.1).

Figure FP18.1 Evaluation de l'intensité de la douleur à l'aide des mimiques ou des mains



2. Noter vos observations sur la fiche médicale de la patiente et dans votre propre dossier.
3. Si vous trouvez l'origine de la douleur, si possible traiter la cause (douleur osseuse, contracture musculaire, douleur gastro-intestinale due à la constipation, enflure aux alentours de la tumeur).

²¹ D'après : *Palliative care : symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Genève, OMS, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev.1).

FP 18

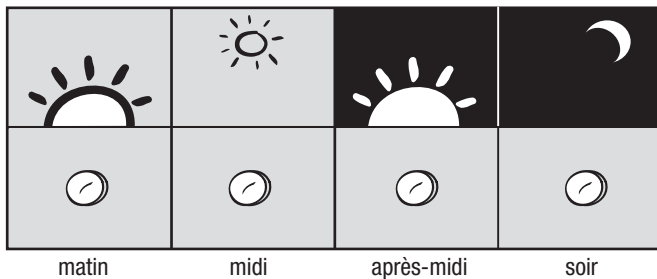
4. Utiliser des analgésiques en suivant les recommandations ci-dessous.
5. Il est également possible d'utiliser une approche non médicale, du moment qu'elle est appropriée et parfaitement inoffensive. Naturellement, ces méthodes ne peuvent pas se substituer au traitement médical.
6. Vérifier souvent si la patiente a besoin d'un antalgique, surtout quand la douleur empire.

Apprendre à la patiente et à ceux qui s'occupent d'elles à administrer les médicaments nécessaires. Vérifier régulièrement qu'elle prend une dose correcte du bon médicament, au bon moment.

Pour soulager la douleur, il faut se servir de l'échelle analgésique de l'OMS (voir Figure FP 18.3) et respecter les principes suivants :

1. donner le traitement par voie orale ou rectale. Eviter les injections autant que possible ;
2. donner les médicaments à intervalles fixes (d'après une montre, la radio ou la position du soleil). Donner chaque dose avant que la précédente ne fasse plus effet. Donner la première dose au réveil de la patiente et la dernière dose juste avant qu'elle ne s'endorme. Si elle dort paisiblement, ne pas la réveiller pour lui donner les médicaments. Si nécessaire, doubler la dose du soir ;
3. si la douleur revient avant l'heure de la dose suivante, donner immédiatement une dose "d'urgence" (même dosage que la dose normale). Cette dose vient en supplément de la dose suivante déjà prévue, pas en remplacement.

Figure FP18.2 Posologie d'un médicament sous forme de dessin



4. quand il le faut, calculer et adapter la dose d'antalgique de façon à soulager la douleur tout en gardant la patiente la plus alerte possible ;
5. consigner par écrit ou sous forme d'un dessin la posologie détaillée de chaque médicament (dose et horaire des prises) (Figure FP18.2).

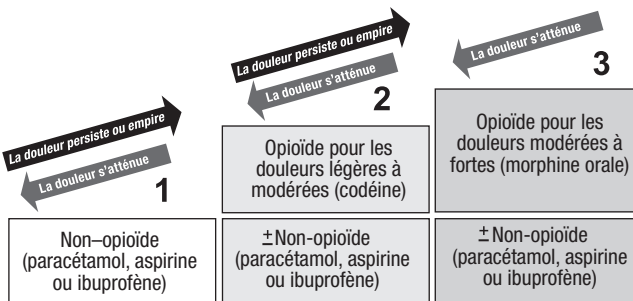
Se souvenir qu'il n'existe pas de dose standard valable pour toutes les patientes. Le personnel médical et ceux qui assurent les soins à domicile doivent établir la dose d'antalgique avec la patiente, en fonction de son besoin par rapport à l'intensité de sa douleur. La dose correcte est celle qui calme la douleur. Cette dose devra être progressivement augmentée car les patientes s'accoutument aux médicaments (tolérance).

Comment administrer les antalgiques

1. Commencer avec des analgésiques non opioïdes, comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène.
2. Si la douleur persiste ou empire, donner un léger opioïde, comme la codéine avec ou sans non-opioïde (paracétamol, aspirine ou ibuprofène). Quand des opioïdes sont prescrits, toujours donner un laxatif pour prévenir la constipation. Ajouter si besoin un antiémétique.
3. Si la douleur persiste encore ou empire, donner de la morphine, avec ou sans non-opioïde.

Remarque : Dans la plupart des pays, les opioïdes sont donnés uniquement sur prescription et sous surveillance médicales.

Figure FP 18.3 Echelle analgésique de l'OMS



D'après : Palliative care : symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers. Genève, OMS, 2004 (WHO/CDS/IMAI/2004.4 Rev.1).

Posologie des médicaments contre la douleur

Médicament	Posologie de départ	Eventail posologique	Effets secondaires/ précautions
NON-OPIOÏDE POUR LES DOULEURS LEGERES			
Paracétamol	2 comprimés de 500 mg toutes les 4 à 6 heures	1 comprimé suffit parfois chez les patientes gravement malades ou en cas de combinaison à un opioïde Dose maximale : 4000 mg par jour	Hépatotoxicité
Aspirine	600 mg (2 comprimés de 300 mg) toutes les 4 heures		A éviter en cas de troubles gastriques ou de saignements vaginaux ; arrêter en cas de douleurs épigastriques, d'indigestion, de selles noires, de pétéchies ou de saignements
Ibuprofène	400 mg toutes les 6 heures	Dose maximale : 3000 mg (7 comprimés et demi de 400 mg) par jour	A éviter en cas de troubles gastriques ; prise du médicament si possible au moment des repas
OPIOÏDE POUR LES DOULEURS LEGERES A MODEREES			
Codéine (en son absence, alterner aspirine et paracétamol)	30 mg toutes les 4 heures	30 à 60 mg toutes les 4 à 8 heures	Donner un laxatif dès le début du traitement pour éviter la constipation. Le coût peut être élevé

Médicament	Posologie de départ	Eventail posologique	Effets secondaires/ précautions
OPIOIDE POUR LES DOULEURS MODEREES A FORTES			
Morphine liquide, 5 mg/ml ou 50 mg/5 ml. Déposer les gouttes dans la bouche à l'aide d'une seringue ; possibilité d'administration par voie rectale, également à l'aide d'une seringue (sans aiguille)	2,5 mg à 5 mg toutes les 4 heures (multiplier la dose par 1,5 ou 2 après 24 heures, si la douleur persiste)	Selon les besoins et la respiration de la patiente. Il n'y a pas de dose limite	Donner un laxatif pour éviter la constipation. Réduire la dose en cas de troubles respiratoires

APPROCHES NON MEDICALES CONTRIBUANT A SOULAGER LA DOULEUR

Il existe un certain nombre d'approches adaptées aux traditions culturelles et aux coutumes locales, qui peuvent aider les patientes à lutter contre la douleur. On peut les utiliser en complément des médecines modernes, mais elles ne doivent jamais s'y substituer. Elles englobent :

- le soutien affectif : l'attention et le soutien de la famille et des amis sont essentiels ;
- le toucher : caresses, massages, bercements et vibrations ;
- les distractions : radio, musique, aider la patiente à visualiser dans son esprit une scène agréable ou un moment joyeux de sa vie ;
- la prière et la méditation, selon la pratique de la patiente.

Les pratiques traditionnelles inoffensives peuvent s'avérer extrêmement bénéfiques.

L'attitude du personnel soignant est elle aussi très importante :

- écouter avec empathie ;
- essayer de comprendre les réactions de la patiente à sa maladie (les différentes phases de son chagrin) ;

- orienter la patiente vers un conseiller spirituel ou un agent pastoral de la santé, selon sa religion et ses désirs ;
- éviter d'imposer vos propres vues ;
- encourager la famille à continuer de prodiguer les soins.

FP 18

FICHE PRATIQUE 19 : SOINS PALLIATIFS A DOMICILE ²²

FP 19

Fiche pratique 19 : Soins palliatifs à domicile

Cette fiche pratique présente un résumé des différentes recommandations en matière de soins palliatifs dispensés aux patientes atteintes d'un cancer du col avancé.

- Vous adapterez les recommandations contenues dans cette Fiche Pratique en fonction de votre rôle dans le cadre des soins palliatifs.
- Votre objectif n'est pas de guérir les patientes, mais de faire en sorte d'améliorer leur confort de vie, en atténuant la gravité des symptômes et des effets secondaires de la maladie et des traitements.
- Vous pouvez appliquer ces recommandations à toute personne souffrant d'une maladie à un stade avancé ou dans sa phase terminale.
- Vous devez être conscient du réconfort apporté aux patientes, non seulement par les soins physiques, mais aussi par le soutien spirituel et affectif et d'autres techniques, comme les massages, les caresses, les distractions (musique), la prière, la méditation et certaines pratiques traditionnelles locales.
- C'est à la patiente elle-même de décider si elle, ou quelqu'un d'autre, aura recours aux alternatives existantes pour soulager ses souffrances.

L'assistance des infirmières et des médecins est indispensable, surtout quand la patiente doit prendre des médicaments.

Prise en charge des symptômes courants des stades avancés de la maladie

Problèmes / Symptômes	Origine	Prévention	Soins médicaux	Soins à domicile
Pertes vaginales parfois nauséabondes (voir aussi FP20)	Nécrose tumorale Fistule Prolifération bactérienne	Difficile à prévenir Radiothérapie palliative ou ablation chirurgicale de la tumeur	Mettre deux fois par jour des tampons vaginaux imprégnés de vinaigre ou de bicarbonate de soude ou de métronidazole. Donner au besoin des antibiotiques et/ou des antifongiques	Fréquents bains de siège Serviettes hygiéniques (les changer souvent) Douches

²² D'après : *Palliative care for women with cervical cancer : a field manual*. PATH, EngenderHealth, 2003 ; et *Palliative care : symptom management and end-of-life care. Interim guidelines for first-level facility health workers*. Genève, OMS, 2004.

FP 19

Fiche pratique 19 : Soins palliatifs à domicile

Problèmes/ Symptômes	Origine	Prévention	Soins médicaux	Soins à domicile
Fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales (symptômes : fuites d'urine ou de selles dans le vagin ; irritation de la vulve) (voir aussi FP20)	La tumeur crée une communication entre le vagin et la vessie ou le rectum	Difficile à prévenir ; problème fréquemment associé au cancer invasif du col	Aucun	Comme précédemment Garder la patiente au sec et l'installer confortablement Pommade au zinc ou vaseline pour protéger l'anus et le vagin Plastique ou papier journal sous les draps pour protéger le matelas
Saignements vaginaux	Saignement de la tumeur	Radiothérapie palliative	Mettre des tampons vaginaux, si nécessaire	Repos ; éviter les efforts et les rapports sexuels
Nausées ou vomissements	Opiïdes Gastroentérite Fortes douleurs Fièvre Radiothérapie Chimiothérapie Insuffisance rénale	Donner des antiémétiques dès le début du traitement avec les opiïdes et selon les besoins, pour prévenir les nausées	Métoclopramide ou prométhazine par voie orale ou rectale (en injection, seulement si c'est absolument nécessaire)	Petites gorgées régulières de boissons de réhydratation, de thé ou de boissons au gingembre ou à base de cola, si la patiente le supporte

Problèmes / Symptômes	Origine	Prévention	Soins médicaux	Soins à domicile
Diarrhée	Gastroentérite, parasites, radiothérapie	Bonne hygiène alimentaire, lavage des mains ; Utiliser de l'eau potable propre ou bouillie	Traiter la cause, si on la connaît Lopéramide	Liquides ; solutions de réhydratation orale, nourriture à volonté ; garder la patiente propre, éviter les problèmes cutanés
Fièvre : température corporelle > 37 °C	Infection bactérienne (lymphangite, infection rénale, pulmonaire, etc.)	Prévenir les infections	Traiter la cause à l'aide des antibiotiques appropriés Paracétamol	Oter les couvertures ; aérer la pièce ; rafraîchir la patiente avec un linge humide ; paracétamol
Constipation	Opioïdes, la patiente ne boit pas et ne mange pas assez, immobilité	Boire, alimentation riche en fibres, bouger, prendre régulièrement des stimulants et des laxatifs	Changement d'alimentation ; donner des laxatifs en même temps que les opioïdes	Changement d'alimentation ; donner des laxatifs en même temps que les opioïdes
Perte d'appétit, cachexie	Maladie, médicaments	Repas légers mais fréquents, uniquement les plats préférés, aliments frais	Utilisation possible de corticostéroïdes	Utilisation possible de corticostéroïdes
Faiblesse, fatigue	Maladie, convalescence post-opératoire normale, anémie, cachexie	Soins généraux	Traiter si possible la cause	Soins généraux

FP 19

Fiche pratique 19 : Soins palliatifs à domicile

Problèmes/ Symptômes	Origine	Prévention	Soins médicaux	Soins à domicile
Œdème des membres inférieurs	Obstruction du drainage lymphatique par la tumeur, lymphangite, insuffisance rénale		Antibiotiques, en cas de suspicion d'infection	Bander les jambes et les surélever, massage
Escarres	Points de pression constants qui provoquent des lésions cutanées	Bains quotidiens, changer la patiente de position toutes les 2 heures, l'allonger sur un matelas mou, disposer des oreillers sous elle, massage	Laver les escarres avec un antiseptique deux fois par jour, ôter les tissus nécrosés, recouvrir d'un pansement propre ; en cas d'infection donner des antibiotiques par voie orale	Bains quotidiens, fréquents changements de position. Nettoyer délicatement les escarres avec de l'eau salée, chaque jour. Recouvrir la région cutanée abîmée de miel pur et couvrir d'un linge propre pour favoriser la cicatrisation
Toux, troubles respiratoires	Pneumonie, bronchite, infection virale des voies aériennes supérieures, tuberculose, insuffisance cardiaque	Si un membre de l'entourage est malade, veiller à bien aérer la maison	Traiter la cause, si on la connaît	Boire davantage, remèdes maison contre la toux, redresser la patiente en position assise, codéine

Problèmes/ Symptômes	Origine	Prévention	Soins médicaux	Soins à domicile
Dépression, anxiété	Maladie, chagrin	Soutien familial et spirituel, soulagement de la douleur	Conseil ou soutien selon l'origine du problème, s'il y en a un ; amitriptyline contre la dépression ; diazépam contre l'anxiété	Soutien constant, passer du temps avec la patiente à faire ce qu'elle aime, prier

Quand doit-on transférer la patiente à l'hôpital pour des soins et un traitement d'urgence des symptômes aigus ?

Si la patiente présente l'un des symptômes suivants :

- saignements vaginaux abondants ;
- signes de grave déshydratation :
 - pouls > 100/minute ;
 - respiration rapide ;
 - n'urine pas depuis plus de 24 heures ;
- forte diarrhée depuis plus de 48 heures ;
- sang dans les selles ;
- fièvre supérieure à 39 °C depuis plus de 48 heures ;
- convulsions ;
- confusion ;
- violentes douleurs abdominales, occlusion gastro-intestinale (abdomen gonflé, très douloureux, absence de selles depuis plus de 48 heures) ;
- forte douleur impossible à calmer avec les opioïdes ;
- nombreuses escarres infectées ;
- détresse respiratoire aiguë ;
- tentative de suicide.

Lorsqu'il s'agit de décider d'un transfert à l'hôpital, la patiente (si elle est consciente) et son entourage proche doivent prendre part à cette décision. ***Il ne faut pas transférer au dernier moment une patiente mourante.***

FP 19

Fiche pratique 19 : Soins palliatifs à domicile

FICHE PRATIQUE 20 : PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PERTES VAGINALES ET DES FISTULES

Cette fiche pratique explique comment assurer les soins et le confort des femmes qui manifestent des symptômes vaginaux (pertes vaginales, fistules et saignements) associés aux stades avancés d'un cancer invasif du col et aux complications de certains traitements.

En plus des conseils spécifiques figurant dans cette fiche, le soutien affectif et d'autres mesures non médicales peuvent aussi s'avérer très efficaces.

Prise en charge des pertes vaginales

Les femmes atteintes d'un cancer du col souffrent parfois de pertes vaginales liquides, sanguinolentes et nauséabondes, conséquence d'une prolifération bactérienne dans les tissus malades de l'appareil génital. Les bactéries produisent des gaz.

Il n'est pas possible d'éliminer totalement cette prolifération bactérienne, mais on peut momentanément en atténuer les symptômes grâce aux mesures suivantes :

- absorber les pertes avec des linges propres, du coton ou des serviettes hygiéniques, placés dans le slip ;
- faire régulièrement, avec soin, des douches vaginales : rincer le vagin à l'aide d'un tuyau relié à une bouteille en plastique propre ou à une seringue contenant l'une ou l'autre des solutions ci-dessous :
 - une cuillère à soupe de sodium bicarbonate dans deux tasses d'eau chaude bouillie ; ou
 - un volume de vinaigre dans 4 volumes d'eau ; ou
 - 5 à 10 comprimés de métronidazole dissous dans deux tasses d'eau chaude bouillie ;
- deux fois par jour, placer *délicatement* dans le vagin des linges propres imprégnés de l'une des solutions précédentes. Ne pas laisser ces linges dans le vagin plus de quelques heures ;²³
- un médecin pourra également prescrire des antibiotiques à large spectre, à utiliser avec prudence, dans la mesure où ils sont efficaces au mieux de façon temporaire. Par ailleurs, ils risquent de provoquer une candidose susceptible d'aggraver les symptômes. Il faut que la patiente et son entourage soient

²³ Pour éviter d'aggraver les problèmes, il faut retirer avec beaucoup de délicatesse tout ce qui peut être inséré dans le vagin (tuyau pour la douche vaginale, tampon).

également bien conscients que tout traitement antibiotique commencé doit être terminé, sous peine de voir les symptômes empirer. Les antibiotiques suivants doivent donc être prescrits pendant 5 jours minimum : doxycycline, 100 mg par voie orale, deux fois par jour ; ou amoxicilline, 250 mg par voie orale, 3 fois par jour ; ou métronidazole, 400 mg par voie orale, deux fois par jour.

Prise en charge des fistules

Une fistule correspond à une communication anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum, provoquée soit par l'extension du cancer à ces organes, soit par la radiothérapie (complication). Il s'agit d'un symptôme extrêmement pénible, aussi bien physiquement que psychologiquement, car l'urine ou les selles passent directement dans le vagin, entraînant des pertes nauséabondes et très irritantes.

Il n'est pas possible de remédier à la fistule elle-même, mais il est possible de rendre le problème plus supportable pour la patiente.

- Bain de siège à l'eau chaude pour se laver délicatement.
- Utiliser des linges propres et doux placés dans le slip pour absorber les pertes.
- Couvrir le matelas avec une alèse en plastique ou des journaux, qui pourront être fréquemment changés et nettoyés.
- Protéger la peau autour du vagin et de l'anus en la séchant bien après chaque bain, avant de l'enduire de vaseline ou de pommade à l'oxyde de zinc. Appliquer ces mesures de manière préventive, avant que l'irritation se manifeste.
- Aérer la pièce ou faire brûler des bâtonnets d'encens ou des herbes.

Prise en charge des saignements vaginaux

Parfois alarmants, les saignements vaginaux ne sont pas rares chez les femmes atteintes d'un cancer du col avancé. Ils sont parfois déclenchés par un rapport sexuel ou une activité physique trop intense. Ils peuvent également survenir spontanément, sans raison apparente.

- En cas de léger saignement, on conseillera à la patiente de s'aliter et de bien faire sa toilette intime jusqu'à ce que ça cesse.
- En cas de saignement modéré, il suffit très souvent que la patiente reste alitée pour que le saignement se résorbe. Si nécessaire, un linge propre humide sera placé dans le vagin pendant quelques heures.
- En cas de saignement abondant, transférer la patiente à l'hôpital ou au dispensaire pour une éventuelle transfusion de sang.

Matériel nécessaire à la prise en charge à domicile des pertes vaginales

- Approvisionnement permanent en eau propre, bouillie.
- Savon pour se laver les mains et faire la lessive.
- Serviettes de toilette propres.
- Gants de latex, si possible (inutile qu'ils soient stériles).
- Alèse en plastique ou journaux.
- Sacs pour les déchets contaminés.
- Eau chlorée (une tasse d'eau de javel dans 6 tasses d'eau) pour faire tremper les gants, essuyer le mobilier, l'alèse plastique, etc.
- Cuvette pour les bains de siège.
- Bouteille plastique et tuyau pour la douche.
- Linges propres, coton ou serviettes hygiéniques (si possible). Faire bouillir les linges s'ils doivent être réutilisés comme tampons vaginaux.
- Sodium bicarbonate.
- Vinaigre.
- Pommade à l'oxyde de zinc ou vaseline.
- Antibiotiques et autres médicaments prescrits par le médecin (métronidazole, doxycycline, amoxicilline).

CONSEILS AUX AGENTS DE SANTE CHARGES DES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

- Rendre visite aux patientes aussi souvent que possible.
- Etre attentif aux plaintes des patientes et de leurs familles et essayer de soulager les symptômes.
- Entretenir le contact avec les prestataires de soins du dispensaire et de l'hôpital et leur demander conseil en cas de problèmes particuliers.
- Réconforter et rassurer, en expliquant l'origine des symptômes et en promettant de faire au mieux pour que la patiente se sente bien.
- Enseigner aux patientes et à leurs familles les mesures de prise en charge des symptômes.
- Les aider à se procurer le matériel nécessaire.
- Plus important, se ménager en évitant la surcharge de travail, en entretenant des relations et en cherchant du soutien auprès des proches (sans rompre le devoir de confidentialité, bien sûr).

FP 20

Fiche pratique 20 : Prise en charge à domicile des pertes vaginales et des fistules

ANNEXE 1 : PRECAUTIONS UNIVERSELLES POUR LA PREVENTION DE L'INFECTION²⁴

A1

Annexe 1 : Précautions universelles pour la prévention des infections

Les précautions universelles désignent un ensemble de mesures simples, destinées à éviter la transmission des infections. Les prestataires de soins sont tous tenus de les appliquer, non seulement pour protéger les patientes, mais aussi pour se protéger eux-mêmes et leurs collègues, contre la transmission des maladies infectieuses.

De nos jours, la transmission épidémique de virus par le sang, en particulier des virus de l'hépatite B, C et D et du VIH, souligne plus que jamais l'importance des mesures de prévention des infections en pratique clinique. Étant donné que de nombreuses infections transmissibles sont asymptomatiques, il n'est pas toujours possible de savoir d'emblée qui est infecté. C'est pourquoi, les précautions universelles doivent être prises avec toutes les patientes, qu'elles aient l'air malades ou bien portantes, et qu'il y ait ou non présomption ou certitude d'infection par le VIH ou tout autre agent infectieux.

La supervision et le contrôle de qualité des soins sont indispensables à la prévention des infections. Toute infection pelvienne consécutive à un acte médical constitue un indicateur de la médiocrité des mesures de prévention de l'infection.

Prévention de l'infection : précautions universelles

Porter des gants en latex à chaque fois que :

- vous touchez des objets ou des surfaces corporelles susceptibles d'être contaminés ;
- vous pratiquez un examen clinique ou une intervention (cryothérapie, biopsie, curetage endocervical et RAD) ou que vous faites une injection ;
- vous nettoyez l'endroit où se trouvait la patiente ;
- vous manipulez des instruments qui ont été utilisés.

Se rappeler que :

- si les gants sont abîmés, les enlever et bien se laver les mains avant d'en enfiler des neufs ;
- le port de gants ne se substitue pas au lavage des mains.

Se laver les mains à l'eau et au savon pendant au moins 30 secondes :

- avant et après contact avec chaque cliente ou patiente ;
- lors de tout contact avec du sang ou des liquides corporels ;
- immédiatement après avoir retiré les gants.

²⁴ D'après : *Universal precautions against infectious diseases*. University of Michigan Health System (www.med.umich.edu/1libr/wha/wha_unipre_crs.htm); and Burns AA et al., *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.

Traitement du matériel à usage unique et des surfaces contaminées :

- jeter dans un sac plastique bien fermé les articles à usage unique, souillés par du sang ou des liquides corporels ;
- les aiguilles à usage unique nécessitent des dispositions particulières ; se conformer aux protocoles de la structure de soins ;
- laver les draps et les linges réutilisables. Utiliser du détergent, les laisser sécher au soleil et les repasser, si possible ;
- nettoyer et désinfecter les surfaces de travail, comme les tables d'examen et les sols.

Traitement des instruments et des gants non jetables après chaque utilisation :

- tous les instruments ayant été en contact avec le vagin ou le col de l'utérus (spéculum, pincettes à biopsie, gants, etc.) doivent être décontaminés, nettoyés, stérilisés ou soumis à une désinfection de haut niveau ;
- les sondes cryogéniques doivent être décontaminées, nettoyées et soumises à une désinfection de haut niveau ;
- les tables d'examen ou d'opération doivent être décontaminées après chaque patiente. Les autres instruments (colposcope, pistolet cryogénique, lampes électriques) doivent être décontaminés au moins une fois par jour, et plus souvent, s'ils sont manifestement souillés.

Traitement des instruments²⁵

Avant toute nouvelle utilisation, les instruments qui ont déjà servi à des interventions chirurgicales ou à des actes médicaux, doivent passer par 3 étapes : (1) décontamination, (2) nettoyage et (3) stérilisation ou désinfection de haut niveau (DHN).

Décontamination

La décontamination est le procédé grâce auquel les instruments et les gants qui ont été utilisés peuvent être manipulés sans risque. Cette étape inactive le virus de l'hépatite B et le VIH. Le procédé consiste à immerger les instruments et les gants, immédiatement après leur utilisation, dans un grand seau en plastique contenant une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes (pas plus longtemps, car le chlore est corrosif), puis à les rincer à l'eau claire. On peut préparer une solution de chlore, en ajoutant un volume d'eau de javel à 9 volumes d'eau. La solution doit être préparée chaque jour et détruite dès qu'elle est souillée. On peut remplacer la solution de chlore par de l'éthanol ou de l'isopropanol à 60–90%, quand il s'agit de décontaminer des surfaces.

²⁵ D'après : Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants*. Lyon, France, IARCPress, 2004.

Nettoyage

Aussitôt après leur décontamination, les instruments doivent passer par une étape de nettoyage, qui consiste à les frotter à l'aide d'une brosse, sous l'eau courante avec du détergent. Le personnel chargé de cette étape doit porter un masque ou des lunettes de sécurité et des gants de ménage. Une fois bien nettoyés, les instruments seront rincés avec de l'eau bouillie. Il faut faire particulièrement attention aux instruments dentés, articulés ou à vis.

Stérilisation

La stérilisation consiste à détruire tous les microorganismes. Les instruments qui entrent au contact des parties stériles du corps, c'est-à-dire qui pénètrent dans la peau ou dans l'utérus, doivent passer par cette étape de stérilisation.

Pour stériliser, on peut utiliser l'un ou l'autre des procédés suivants :

- stérilisation à la vapeur dans un autoclave : 20 minutes pour les instruments non enveloppés, 30 minutes pour ceux qui sont enveloppés. C'est la méthode de choix ;
- stérilisation chimique : faire tremper les instruments 8 à 10 heures dans une solution de glutaraldéhyde à 2–4% ou 24 heures dans une solution de formaldéhyde à 8%, avant de les rincer soigneusement à l'eau stérile.

Désinfection de haut niveau

La DHN détruit tous les microorganismes, à l'exception des spores bactériennes. On l'emploie quand on ne dispose pas d'équipement de stérilisation ou pour les instruments trop fragiles pour être stérilisés. On utilisera l'un ou l'autre des procédés suivants :

- faire bouillir les instruments au moins 20 minutes dans de l'eau potable. L'eau doit être changée quotidiennement. Vérifier qu'elle recouvre bien les instruments et démarrer le minuteur, une fois seulement que l'ébullition a commencé. Ne rien ajouter dans le récipient après avoir démarré le minuteur ;
- faire tremper les instruments 20 minutes dans une solution de chlore à 0,1% ou de glutaraldéhyde à 2%. On peut également les faire tremper 30 minutes dans une solution d'eau oxygénée à 6%. Bien rincer les instruments à l'eau bouillie, les laisser sécher à l'air libre et les envelopper dans un linge stérile. Les produits chimiques utilisés sont corrosifs et peuvent réduire la durée d'utilisation des instruments régulièrement désinfectés de cette façon.

Fournitures et équipement

Fournitures et équipement requis pour la prévention des infections (selon la méthode de traitement employée) :

- eau propre et bouillie ;
- détergent ;
- eau de javel ou poudre d'hypochlorite disponible dans le commerce ;
- un ou plusieurs produits chimiques nécessaires à la stérilisation (glutaraldéhyde à 2–4%, formaldéhyde à 8%) ;
- un ou plusieurs produits chimiques nécessaires à la DHN (chlore à 0,1%, glutaraldéhyde à 2%, eau oxygénée à 6%) ;
- éthanol ou isopropanol à 60–90% ;
- linges stériles ;
- seau en plastique ;
- brosse à récurer ;
- récipients de grandes taille pour le stockage des solutions ;
- gants de ménage pour le nettoyage ;
- gants et pinces à long manche, stériles ou soumis à une DHN, pour manipuler les instruments au cours des différentes étapes de la décontamination, du nettoyage et de la stérilisation ;
- autoclave ou vaisselle permettant de faire bouillir et de faire tremper les instruments ;
- boîte bien fermée pour garder les instruments et le matériel à l'abri de la poussière, une fois qu'ils ont été décontaminés, nettoyés et stérilisés.

A1

Annexe 1 : Précautions universelles pour la prévention des infections

ANNEXE 2 : SYSTEME BETHESDA 2001²⁶

QUALITE DE PRELEVEMENT

- Satisfaisant (indiquer la présence ou l'absence d'éléments de la zone de remaniement endocervicale).
- Non satisfaisant (préciser la raison).
- Rejeté/non traité (préciser la raison).
- Traité et interprété, mais insuffisant pour une évaluation des anomalies épithéliales, à cause de... (préciser la raison).

CLASSIFICATION GENERALE (FACULTATIF)

- Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité.
- Anomalie des cellules épithéliales.
- Autres.

INTERPRETATION ET RESULTAT

Absence de lésion intraépithéliale ou de malignité

Microorganismes :

- Trichomonas vaginalis ;
- éléments mycéliens de type Candida ;
- anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ;
- bactéries de type Actinomyces ;
- modifications cellulaires évoquant un herpes simplex.

Autres modifications non-néoplasiques (compte-rendu facultatif, liste non exhaustive) :

- modifications cellulaires réactionnelles
 - inflammation (processus de réparation) ;
 - irradiation ;
 - présence d'un dispositif intra-utérin ;
- présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ;
- atrophie.

²⁶ On peut se servir de cette classification pour faire le compte-rendu des résultats de frottis.

Anomalies des cellules épithéliales

Cellules épidermoïdes (malpighiennes)

- Atypie des cellules épidermoïdes (ASC) :
 - de signification indéterminée (ASC-US) ;
 - ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade (ASC-H).
- Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade (LIEBG).
- Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade (LIEHG).
- Carcinome cellulaire épidermoïde.

Cellules glandulaires

- Atypie des cellules glandulaires (AGC) (préciser endocervicales, endométriales ou sans autre indication).
- Atypie des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie (préciser endocervicales ou sans autre indication).
- Adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS).
- Adénocarcinome.

Autres (liste non exhaustive)

- Cellules endométriales chez les femmes de plus de 40 ans.

ANNEXE 3 : COMMENT MESURER LA PERFORMANCE D'UN TEST DE DEPISTAGE ?

A3

Annexe 3 : Comment mesurer la performance d'un test de dépistage ?

La performance d'un test se mesure en termes de capacité à prédire une maladie avec fiabilité et précision. Cette capacité repose sur deux caractéristiques essentielles : la sensibilité²⁷ et la spécificité.

- *Fiabilité* : c'est le degré de reproductibilité, c'est-à-dire jusqu'à quel point des mesures répétées donnent le même résultat et peuvent être reproduites dans des environnements différents.
- *Sensibilité* : désigne la capacité du test à identifier correctement les individus malades, dans ce cas, les femmes qui ont des lésions du col précancéreuses ou cancéreuses. Plus la sensibilité est élevée, moins on aura de faux négatifs (femmes identifiées à tort comme ayant un col normal, alors que celui-ci présente des lésions).
- *Spécificité* : désigne la capacité du test à identifier les sujets qui ne sont pas atteints par la maladie, dans le cas présent, les femmes dont le col ne présente aucune lésion précancéreuse ou cancéreuse. Plus la spécificité est élevée, moins il y aura de faux positifs (femmes identifiées à tort comme ayant des lésions du col, alors que celui-ci est parfaitement normal).

Le test de dépistage doit avoir à la fois une sensibilité et une spécificité élevées. A ce jour, on ne dispose pas d'un tel test pour le dépistage des lésions du col précancéreuses et cancéreuses. Le danger avec un test de faible sensibilité est de ne pas repérer des femmes malades. A l'inverse, le danger avec un test de faible spécificité est d'orienter des femmes bien portantes vers des tests diagnostiques ou des traitements inutiles.

Les femmes veulent aussi connaître la probabilité d'être réellement atteintes de la maladie, lorsque leur test de dépistage est positif. C'est ce qu'on appelle la valeur prédictive positive (VPP) du test. Quant à la valeur prédictive négative (VPN), c'est la probabilité de ne pas avoir la maladie quand le test de dépistage est négatif. Contrairement à la sensibilité et à la spécificité qui sont des caractéristiques intrinsèques du test, la VPP et la VPN dépendent de la prévalence de la maladie au sein de la population.

²⁷ Dans ce guide, les sensibilités et les spécificités des différents tests de dépistage ont été calculées en prenant pour seuil un résultat histologique minimum de CIN2 (voir Chapitre 2).

Calcul de la spécificité, de la sensibilité, de la VPP et de la VPN

A3

Annexe 3 : Comment mesurer la performance d'un test de dépistage ?

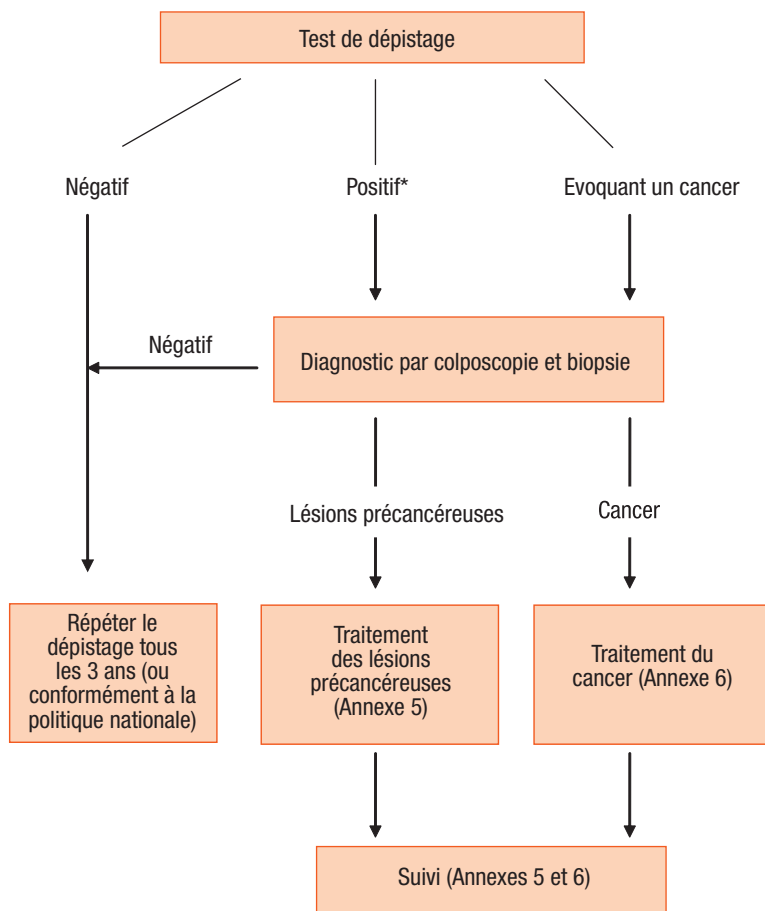
Résultat du test de dépistage	Statut réel à l'égard de la maladie ²⁸		
	Positif	Négatif	
Positif	a	b	a+b
Négatif	c	d	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

Sensibilité = $a/a+c$; spécificité = $d/b+d$; VPP = $a/a+b$; VPN = $d/c+d$.

²⁸ Dans le cadre du diagnostic des lésions précancéreuses, le résultat histologique de la biopsie constitue "l'étalon or" pour ce qui est du statut réel à l'égard de la maladie.

ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU SUIVI ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES EN FONCTION DES RESULTATS DU DEPISTAGE

4a. APPROCHE STANDARD

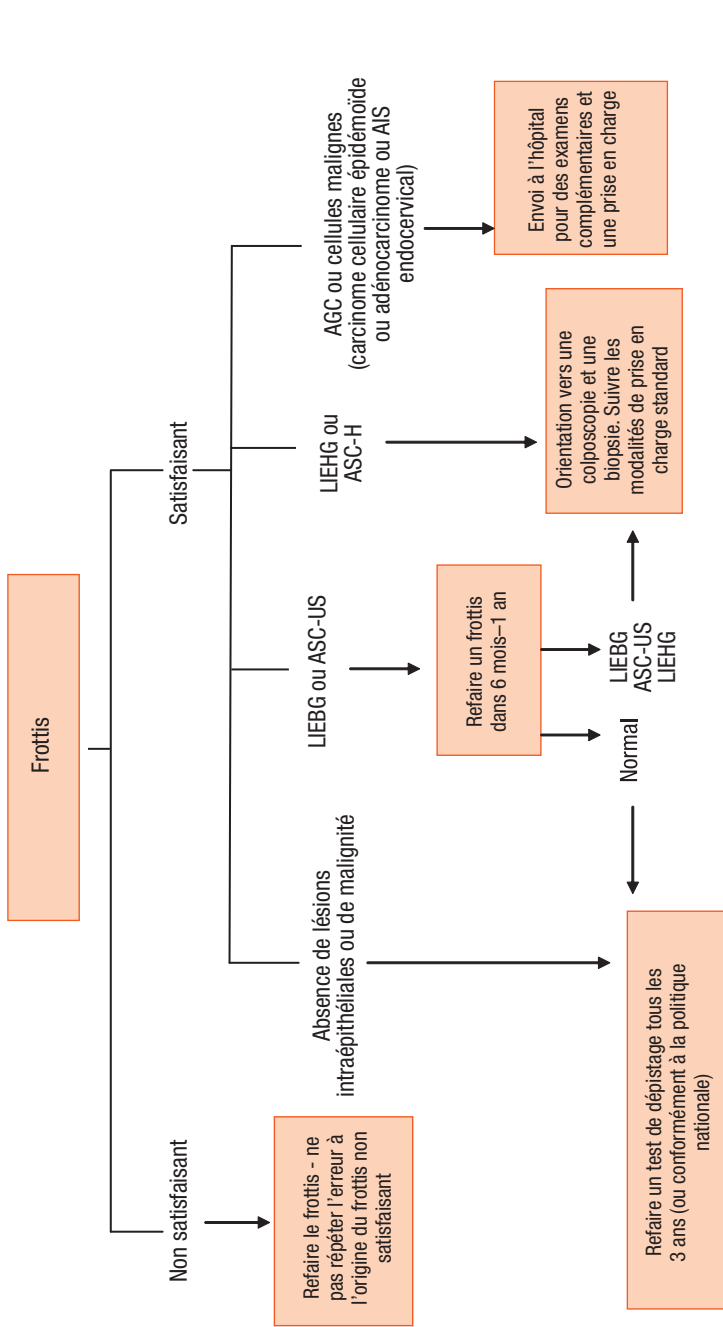


* Quand le frottis indique la présence d'ASC-US ou de LIEBG, seules les lésions persistantes (détectées sur 2 frottis consécutifs, espacés de 6 mois à 1 an) nécessitent un examen plus approfondi.

A4

Annexe 4 : Organigramme du suivi et de la prise en charge des patientes en fonction des résultats du dépistage

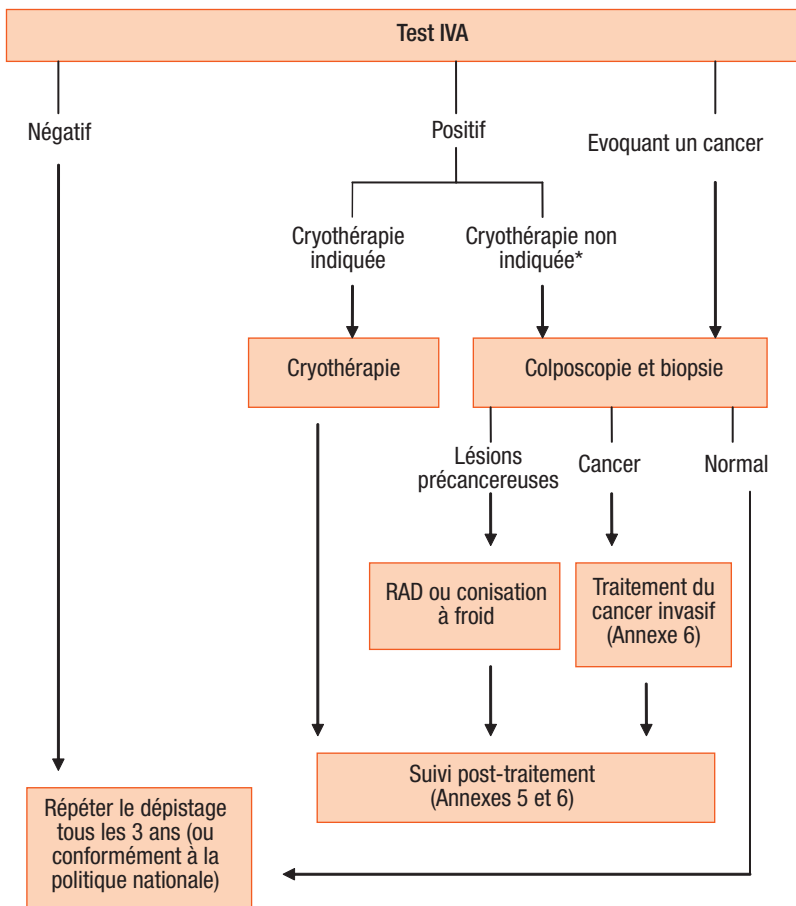
4a (exemple). APPROCHE STANDARD BASEE SUR LE FROTTEGE DE DEPISTAGE



LIÉBG = lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade LIÉHG = lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade ASC-US = cellules épidermoïdes atypiques de signification indéterminée ASC-H = cellules épidermoïde atypique – ne peut exclure une LIÉHG AGC = cellules glandulaires atypiques AIS = adénocarcinome *in situ*.

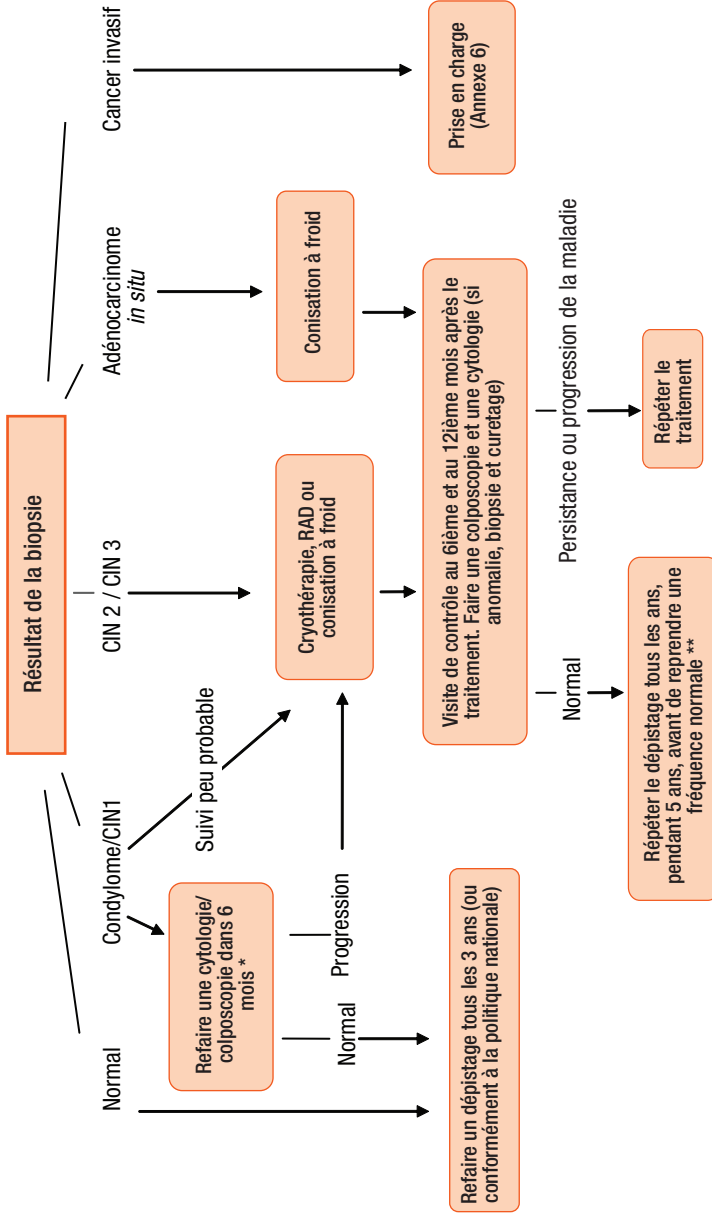
* D'après : CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume 1 : A guide for programme managers.* Cervical Health Implementation Project, Afrique du Sud. University of Cape Town, University of the Witwatersrand, Engenderhealth, 2004.

4b. APPROCHE « DEPISTER-ET-TRAITER » BASEE SUR LE DEPISTAGE PAR INSPECTION VISUELLE A L'ACIDE ACETIQUE



* La cryothérapie n'est pas indiquée quand : la lésion couvre plus de 75% de la surface du col, s'étend sur les parois vaginales, dépasse les bords de la sonde cryogénique de plus de 2 mm, ou se trouve dans le canal endocervical, hors de portée de l'embout de la sonde. La cryothérapie est également contre-indiquée chez les femmes enceintes.

ANNEXE 5 : PRISE EN CHARGE STANDARD DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS

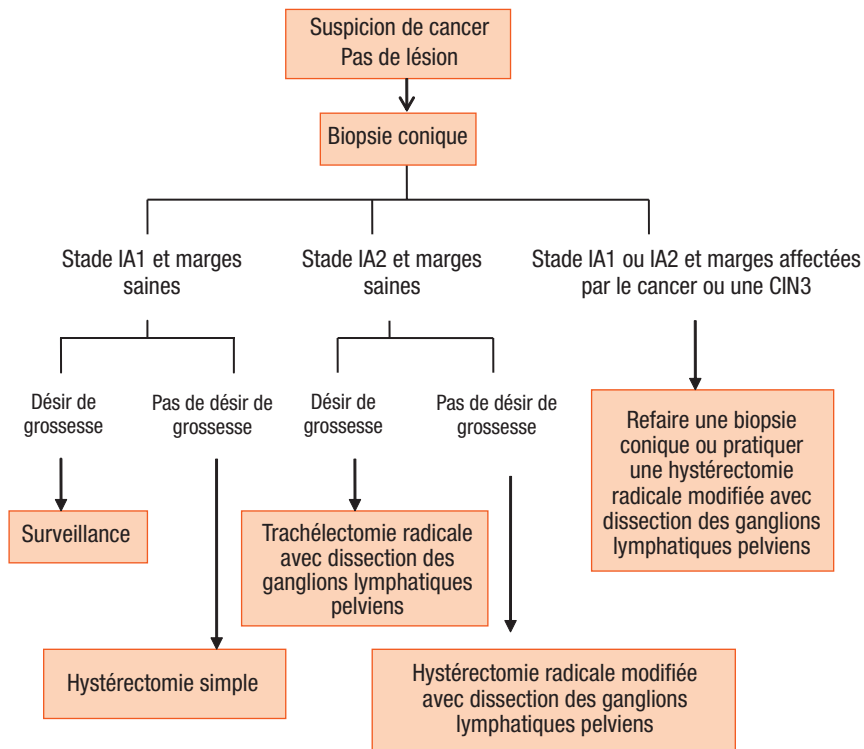


* Si la lésion persiste, répéter la colposcopie tous les 6 mois, jusqu'à ce que la lésion régresse ou se mette à progresser.

** En cas de CIN1 ou CIN2, retour à la fréquence normale de dépistage au bout d'un an.

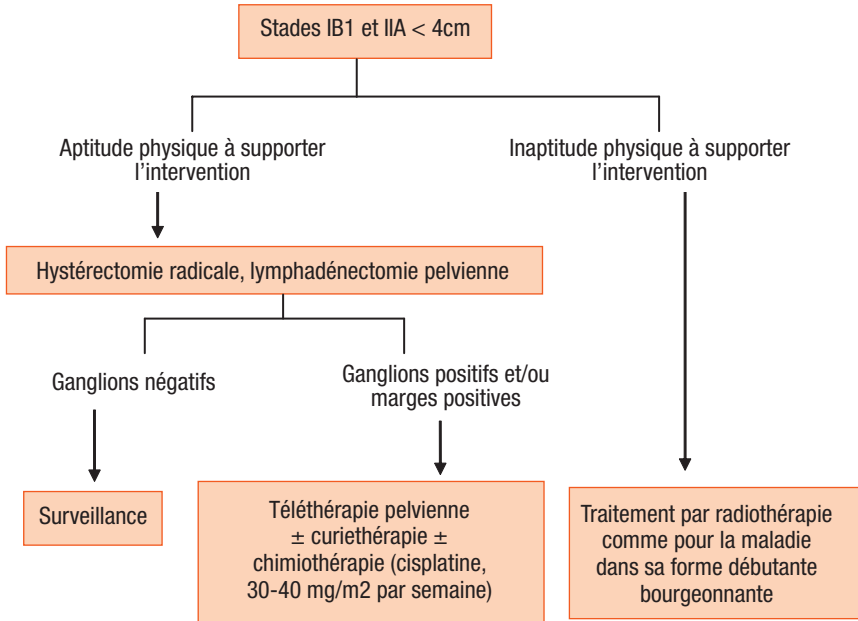
ANNEXE 6 : TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FONCTION DU STADE

6a. TRAITEMENT DU CARCINOME MICROINVASIF : STADES IA1 ET IA2



6b. TRAITEMENT DES STADES PRECOCS DU CANCER INVASIF : STADES IB1 ET IIA < 4 CM

Quand la tumeur est plus étendue mais limitée au col de l'utérus ou avec une extension discrète au niveau du vagin, la chirurgie est préférée, à l'exception des cas où la patiente est physiquement inapte à supporter l'intervention.

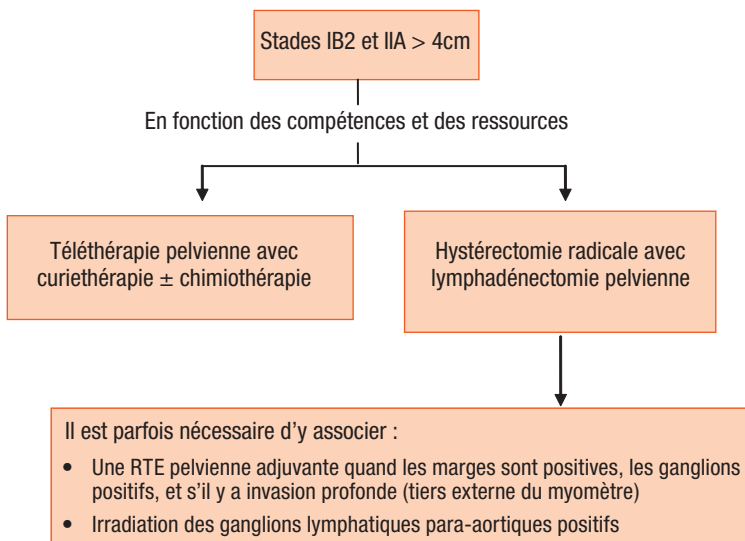


A6

Annexe 6 : Traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade

6c. TRAITEMENT DES TUMEURS BOURGEONNANTES : STADE IB2-III B

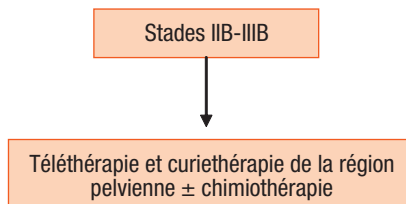
Traitement de la maladie dans sa forme débutante bourgeonnante : Stade IB2 et IIA > 4 cm



RTE : Radiothérapie externe

Traitement des stades avancés de la maladie : Stades IIB–III B

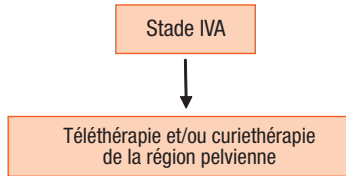
Ces patientes doivent être traitées par radiothérapie radicale (à visée curative), comportant téléthérapie et curiethérapie. Le rôle de la chimiothérapie n'a pas encore été prouvé dans le contexte des pays en développement.



6d. TRAITEMENT DU CANCER INVASIF DE STADE IV

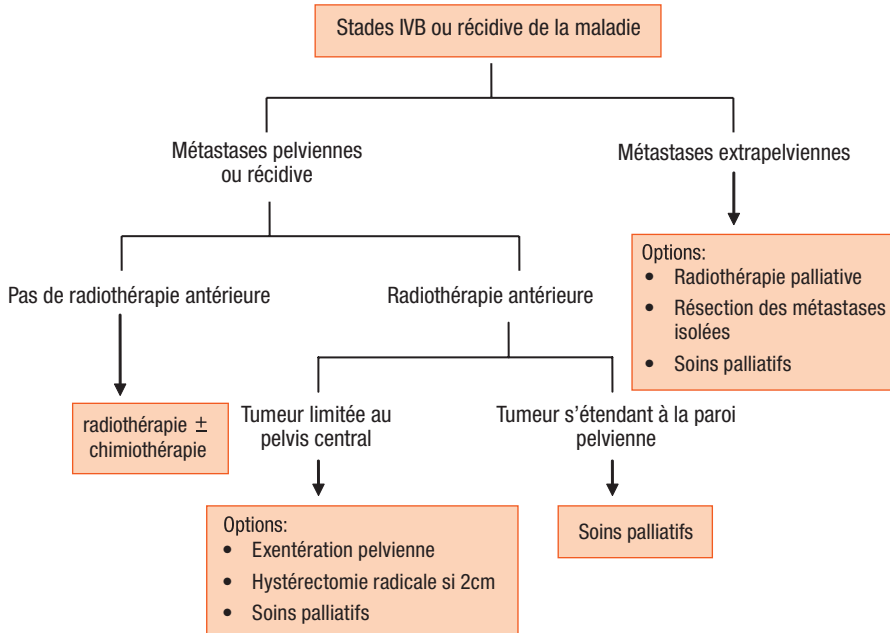
Traitement du Stade IVA

Les doses de radiothérapie administrées dépendent de l'état physique de la patiente



Traitement du Stade IVB et de la récidence

Le stade IVB (5% des cas) se caractérise par la présence de métastases hématogènes à distance. A ce stade, aucun des moyens actuels ne permet de soigner la maladie.



* On aura rarement recours à l'exentération pelvienne, dans la mesure où les séquelles des dérivations urinaire et colique sont difficiles à prendre en charge dans les pays en développement et inacceptables pour beaucoup de patientes quand il n'y a pas d'espoir de guérison.

6e. Prise en charge du cancer du col chez la femme enceinte

Age gestationnel	Stades IA1 & IA2	Stades IB & IIA	Stades IIB, III
< 12 semaines traitement	Prise en charge comme chez les femmes qui ne sont pas enceintes	Soit : Hystérectomie radicale avec le fœtus <i>in situ</i> ou Radiothérapie pelvienne à 20Gy (2 semaines) avec avortement spontané ou Extraction du fœtus, suivie d'une curiethérapie	Radiothérapie pelvienne avec avortement spontané ou Extraction du fœtus, suivie d'une curiethérapie
12–24 semaines traitement	Prise en charge comme chez les femmes qui ne sont pas enceintes	Soit : Hystérectomie radicale avec le fœtus <i>in situ</i> ou Radiothérapie pelvienne associée à une hystérotomie au bout de 2 semaines, suivie d'une curiethérapie	Radiothérapie pelvienne associée à une hystérotomie au bout de 2 semaines, suivie d'une curiethérapie

suite à la page suivante

A6

Annexe 6 : Traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade

A6

Annexe 6 : Traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade

Age gestationnel	Stades IA1 & IA2	Stades IB & IIA	Stades IIB, III
24–32 semaines traitement	Différer le traitement jusqu'à la 32 ^{ième} semaine ; faire une amniocentèse à 32 semaines et prescrire au besoin des stéroïdes pour accélérer la maturation pulmonaire du fœtus ; puis procéder comme après la 32 ^{ième} semaine	Différer le traitement jusqu'à la 32 ^{ième} semaine ; faire une amniocentèse à 32 semaines et prescrire au besoin des stéroïdes pour accélérer la maturation pulmonaire du fœtus ; puis procéder comme après la 32 ^{ième} semaine	Différer le traitement jusqu'à la 32 ^{ième} semaine ; faire une amniocentèse à 32 semaines et prescrire au besoin des stéroïdes pour accélérer la maturation pulmonaire du fœtus ; puis procéder comme après la 32 ^{ième} semaine
>32 semaines traitement	Césarienne classique suivie d'une hystérectomie	Césarienne classique suivie d'une hystérectomie radicale ou d'une téléthérapie pelvienne et d'une curiethérapie, après involution de l'utérus	Césarienne classique Téléthérapie pelvienne et curiethérapie, après involution de l'utérus

ANNEXE 7 : DOCUMENTS TYPES ²⁹

7a. LETTRE DESTINEE AUX FEMMES DONT LE FROTTIS EST ANORMAL ET QUI NE SONT PAS REVENUES CHERCHER LEURS RESULTATS A LA DATE PREVUE

A7

Annexe 7 : Documents types

Date _____

Chère _____ (nom de la patiente),

Nous vous écrivons afin de vous rappeler que vous devez venir au _____ (**dispensaire/hôpital**) pour discuter des résultats de votre frottis effectué le _____ (**date du frottis**). Nous vous attendions la semaine dernière, mais comme vous n'êtes pas revenue, nous nous permettons de vous adresser cette lettre.

Votre frottis indique en effet la présence d'anomalies au niveau du col (entrée de l'utérus), ce qui nécessite une nouvelle visite de votre part pour un _____ (diagnostic complémentaire/traitement). (**Si l'anomalie détectée n'est pas un cancer invasif, vous pouvez ajouter** : les modifications observées ne sont pas cancéreuses, mais sont susceptibles d'évoluer en cancer en l'absence de traitement.)

Nous vous demandons de venir dès que possible, dans les deux prochaines semaines, afin que nous puissions vous donner toutes les informations nécessaires, répondre à vos questions et prévoir avec vous d'autres consultations.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au _____.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

_____ (**prestataire de soins**)

²⁹ D'après : CHIP. *Implementing cervical screening in South Africa. Volume I : A guide for programme managers*. Cervical Health Implementation Project, Afrique du Sud. University of Cape Town, University of the Witwatersrand, Engenderhealth, 2004.

7b. FICHE UTILE A L'IDENTIFICATION DES FEMMES QUI DOIVENT REFAIRE UN FROTTIS

A7

Annexe 7 : Documents types

Dépistage du cancer du col

Fiche d'identification : rappel pour un frottis

Nom : _____

Numéro de patient : _____ Date de naissance : _____

Adresse du domicile :

Adresse du lieu de travail :

Numéro de téléphone :

Date du frottis :

Résultat du frottis :

Date à laquelle on a demandé à la patiente de revenir :

REMARQUES :

Suivi :

Date à laquelle le frottis a été refait :

Mesure prise, si la patiente n'est pas revenue : envoi d'un message
(date) _____

Autre mesure : _____

REMARQUES

7c. FICHE UTILE A L'IDENTIFICATION DES PATIENTES ORIENTEES VERS UNE COLPOSCOPIE

A7

Annexe 7 : Documents types

Dépistage du cancer du col

Fiche d'identification : orientation–recours

Nom : _____

Numéro de patient : _____ Date de naissance : _____

Adresse du domicile :

Adresse du lieu de travail :

Numéro de téléphone :

Date du frottis :

Résultat du frottis :

Envoyée à : _____ (nom de l'endroit où a été envoyée la patiente)

Date du rendez-vous pris pour la colposcopie : _____

Identification :

Date à laquelle la patiente est revenue après la colposcopie :

Résultat de la colposcopie :

7d. LETTRE INFORMANT LE CENTRE DE SOINS REFERENT DES RESULTATS DE LA COLPOSCOPIE

A7

Annexe 7 : Documents types

A : _____ (nom du centre référent)

Nom de la patiente : _____ Numéro de patient : _____

De : _____ (Nom du centre de colposcopie)

La patiente a été reçue dans notre centre le : _____ [date]

Colposcopie et biopsie réalisées le : _____ [date]

Diagnostic histologique définitif :

Traitement dispensé :

Suivi conseillé :

Merci de nous avoir adressé cette patiente. N'hésitez pas à nous contacter pour plus de renseignements.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.

Nom : Signature : Date :

ANNEXE 8 : TRAITEMENT DES INFECTIONS CERVICALES ET DES MALADIES INFLAMMATOIRES PELVIENNES (MIP)³⁰

8a. TRAITEMENT DES INFECTIONS CERVICALES

Traitement de la <i>gonococcie</i> non compliquée PLUS traitement de l'infection à <i>chlamydia</i>			
Couverture	Premier choix	Substituts efficaces	Si la femme est enceinte, si elle allaite ou si elle a moins de 16 ans
	Choisir un produit de chacun des encadrés ci-dessous (= 2 médicaments)		Choisir un produit de chacun des encadrés ci-dessous (= 2 médicaments)
Gonocoque	céfixime , 400 mg, une seule prise orale, ou ceftriaxone , 125 mg, en intramusculaire	ciprofloxacine ^{a,b} 500 mg, une seule prise orale, ou spectinomycine , 2 g, en intramusculaire	céfixime 400 mg, une seule prise orale, ou ceftriaxone 125 mg, en intramusculaire
Chlamydia	azithromycine , 1 g, une seule dose orale, ou doxycycline ^a , 100 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours	ofloxacine ^{a,b,c} 300 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours, ou tétracycline ^a , 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours, ou érythromycine , 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours	Erythromycine ^d , 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours, ou azithromycine , 1 g, une seule prise orale, ou amoxicilline , 500 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours

- Doxycycline, tétracycline, ciprofloxacine, norfloxacine et ofloxacine sont à éviter pendant la grossesse et la période d'allaitement.
- Les profils de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation dans le traitement des infections à *Neisseria gonorrhoeae*, notamment dans les régions OMS Asie du Sud-est et Pacifique Occidental.
- L'ofloxacine, quand elle est utilisée pour soigner une infection à chlamydia, procure également une couverture pour les gonorrhées.
- L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué chez la femme enceinte, à cause de l'hépatotoxicité médicamenteuse ; seuls l'érythromycine base ou l'éthylsuccinate d'érythromycine peuvent être utilisés.

En cas d'infection cervicale, il faut traiter la femme, ainsi que son partenaire, et les conseiller sur l'utilisation de préservatifs.

³⁰ D'après : *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles*. Genève, OMS, 2005.

8b. TRAITEMENT DES MIP EN AMBULATOIRE

A8

Annexe 8 : Traitement des infections cervicales et des maladies inflammatoires pelviennes (MIP)

<p>Traitement à dose unique pour la gonococcie PLUS traitement à doses multiples pour l'infections à chlamydia PLUS traitement à doses multiples pour les infections à bactéries anaérobies.</p>	
Couverture	Choisir un produit dans chaque encadré (= 3 médicaments)
Gonocoque	ceftriaxone , 250 mg en injection intramusculaire, ou céfixime , 400 mg, une seule prise orale, ou ciprofloxacine ^a , 500 mg, une seule prise orale, ou spectinomycine , 2 g en injection intramusculaire
Chlamydia	doxycycline ^b 100 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours, ou tétracycline ^b 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour pendant 14 jours
Anaérobies	Métronidazole ^c , 400–500 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours

- Les profils de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation dans le traitement des infections à *Neisseria gonorrhoeae*, notamment dans les régions OMS Asie du Sud-Est et Pacifique Occidental.
- Ces médicaments sont contre-indiqués pendant la grossesse et pendant la période d'allaitement. Les MIP sont rares pendant la grossesse.
- Les patientes sous métronidazole doivent faire attention à ne pas boire d'alcool. Le métronidazole est à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse.

En cas de MIP, il faut également traiter le partenaire pour une gonorrhée et une chlamydie et conseiller le couple sur l'utilisation des préservatifs.

Remarque : il faut sérieusement envisager l'hospitalisation des patientes souffrant d'une MIP aiguë quand :

- on ne peut pas écarter la possibilité d'une appendicite ou d'une grossesse extra-utérine ;
- on soupçonne un abcès pelvien ;
- la gravité de la maladie exclue toute possibilité d'une prise en charge en ambulatoire ;
- la patiente est enceinte ;
- la patiente est une adolescente ;
- la patiente est incapable de suivre ou de supporter un traitement en ambulatoire ;
- le traitement ambulatoire a échoué.

ANNEXE 9 : PREPARATION DE LA POMMADE DE MONSEL

Qu'est-ce que la pommade de Monsel ?

La pommade de Monsel est un pâte épaisse et collante qui agit rapidement. On s'en sert pour stopper les saignements après la cryothérapie, le prélèvement de biopsie et la RAD. Il suffit pour cela d'en recouvrir les régions du col qui saignent. Comme il s'agit d'un produit caustique, susceptible d'abîmer les tissus, il ne faut pas le laisser trop longtemps et ne pas placer de tampon de gaze dans le vagin, après que la pommade de Monsel ait été appliquée.

Ingrédients	Quantité
1. Sulfate ferrique	15 g
2. Sulfate ferreux	Quelques grains
3. Eau stérile pour le mélange	10 ml
4. Amidon glycériné (voir préparation à la page suivante)	12 g

Préparation

Faire attention, car la réaction est exothermique (émission de chaleur).

1. Dans un béccher en verre, ajouter quelques grains de sulfate ferreux à 10 ml d'eau stérile. Agiter.
2. Ajouter le sulfate ferrique et dissoudre en remuant à l'aide d'une tige de verre. La solution doit devenir limpide.
3. Peser l'amidon glycériné dans un mortier en verre (voir instructions de préparation ci-dessous). Bien mélanger.
4. Ajouter lentement la solution de sulfate ferrique à l'amidon glycériné, sans cesser de remuer jusqu'à complète homogénéisation.
5. Conserver dans une bouteille en verre fumé sombre de 25 ml.

Remarque : La plupart des praticiens préfèrent ne pas fermer la bouteille, pour permettre à la solution de s'évaporer jusqu'à l'obtention d'une consistance pâteuse, semblable à celle de la moutarde. Cela peut prendre entre 2 et 3 semaines selon l'environnement. Il faut ensuite bien fermer le flacon pour assurer la conservation de cette pommade que l'on pourra, au besoin, délayer avec un peu d'eau stérile.

Etiquette : Pommade Monsel

- A conserver dans un endroit frais
- Usage externe uniquement
- A utiliser avant : [jour/mois/année] (un an à partir de la date de préparation)

Préparation de l'amidon glycérimé

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

Préparation

1. Dans un creuset chinois, dissoudre l'amidon dans l'eau stérile.
2. Ajouter la glycérine. Bien mélanger.
3. Chauffer le creuset au-dessus d'un bec Bunsen, sans cesser de mélanger son contenu avec une spatule jusqu'à obtention d'une pâte épaisse.

Remarque : Ne pas trop chauffer, sinon le mélange jaunit.

Etiquette : Amidon glycérimé

- A conserver dans un endroit frais
- Usage externe uniquement
- A utiliser avant : [jour/mois/année] (un an à partir de la date de préparation)

A9

Annexe 9 : Préparation de la pommade de Monsel

GLOSSAIRE

Remarque : les définitions figurant dans ce glossaire renvoient aux termes utilisés dans le contexte de ce guide. Il se peut que les définitions du dictionnaire soient plus larges et d'ordre plus général.

adénocarcinome : cancer présentant des caractéristiques glandulaires, comme c'est le cas des tumeurs qui se développent à partir de l'épithélium cylindrique (glandulaire) du canal endocervical

annexes : Tissus et organes annexes à l'utérus, englobant les trompes de Fallope, les ovaires et les ligaments

approche syndromique : traitement de l'infection d'après ce que l'on sait des principales causes des symptômes observés. Il est ainsi possible de traiter une infection du col par antibiothérapie dirigée à la fois contre *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, avant même d'avoir fait l'analyse pour savoir lequel des deux pathogènes est présent

bourgeonnant : caractère d'une croissance tumorale irrégulière et saillante

cancer microinvasif du col : cancer strictement limité au col de l'utérus, ne dépassant pas 5 mm en profondeur et 7 mm de large ; seul l'examen microscopique permet son diagnostic

carcinome *in situ* (CIS) : Stade préinvasif du cancer, affectant toute l'épaisseur de la couche épithéliale qui tapisse ou recouvre un organe (ici, le col de l'utérus), mais sans infiltrer la membrane basale

cellules atypiques : observées sur un frottis cervical, ces cellules suggèrent une anomalie, mais ne permettent pas de conclure

cofacteur : facteur qui contribue à amplifier l'effet d'un agent responsable d'une modification ; le cofacteur seul n'est généralement pas actif

colostomie : intervention chirurgicale consistant à créer une ouverture artificielle pour permettre l'excrétion du contenu du côlon

condylome : lésion ayant l'aspect d'une verrue, provoquée par les types de VPH à faible risque ; s'observe aussi dans les cas de syphilis chronique

coût-efficacité : évalue une activité ou un procédé, d'après le rapport entre l'effet bénéfique qu'il (elle) exerce sur une maladie ou une condition physique et son coût (en argent, en équipement ou en temps)

couverture : Proportion de toutes les personnes ciblées qui bénéficient d'un service particulier pendant un temps donné

cytologie : examen de la structure cellulaire au microscope. Les anomalies observées sont souvent confirmées par une biopsie

cytopathologiste/cytotechnicien/cytologiste : personne formée à l'examen microscopique des frottis pour y rechercher la présence ou l'absence de cellules anormales

dépistage négatif : résultat d'un test de dépistage qui ne montre aucune anomalie

dépistage positif : résultat d'un test de dépistage qui montre une anomalie

efficacité potentielle ou théorique (utilité) : capacité d'un traitement à produire l'effet souhaité

efficacité réelle : mesure dans laquelle un traitement a réussi à atteindre son objectif (réduire la maladie) dans une population cible

efficience : effets ou résultats obtenus, au regard des moyens mis en œuvre en terme de coûts, de ressources et de temps

épithélium : revêtement composé d'une ou plusieurs couches de cellules ; assure généralement un rôle protecteur de l'organe qu'il tapisse

étalon or : test considéré comme ayant la plus grande sensibilité et la plus forte spécificité ; on l'utilise généralement comme référence pour comparer tous les autres tests similaires

étude pilote : projet de démonstration conduit au sein d'une population limitée, destiné généralement à évaluer la performance, mais pas nécessairement les résultats (pour cela, il faut faire l'essai sur une population plus importante)

fiabilité ou reproductibilité : capacité d'un traitement ou d'un examen à donner des résultats semblables lorsqu'il est répété plusieurs fois

fistule : communication anormale entre un organe creux et un autre. Lorsque le cancer du col s'étend, il y a parfois formation de fistules entre le vagin et le rectum. Ce genre de fistule, appelée fistule recto-vaginale, fait aussi partie des complications tardives de la radiothérapie

fulgurer : détruire des tissus à l'aide de la chaleur ou d'un courant électrique contrôlé. L'électrocoagulation (electrocautérisation) permet de stopper les saignements lors de la RAD

histopathologie : examen microscopique de fines coupes de tissus colorées, afin de déterminer la présence ou l'absence de la maladie

hystérotomie : intervention chirurgicale consistant à ouvrir la cavité utérine

immunodéficience : diminution de la capacité de l'organisme à résister aux attaques de germes infectieux et autres substances étrangères, comme c'est le cas chez les personnes infectées par le VIH

koïlocytose : état de certaines cellules caractérisé par la présence de vacuoles autour du noyau

laparotomie : incision chirurgicale de la cavité abdominale

lésion intra-épithéliale épidermoïde (LIE) : lésion précancéreuse ou anomalie des cellules pavimenteuses tapissant le col de l'utérus. La classification Bethesda fait la distinction entre les LIE de bas grade (LIEBG) et de haut grade (LIEHG). Cette classification sert uniquement au compte-rendu des résultats de la cytologie

lésion de haut grade : terme utilisé dans la classification Bethesda pour désigner une anomalie du col qui a une forte probabilité d'évoluer jusqu'au stade de cancer, si elle n'est pas traitée. Les CIN 2 et CIN 3 font partie des lésions dites de haut grade

membrane basale : fine couche tissulaire sous-jacente à l'épithélium

métaplasie : remplacement d'un tissu par un autre, c'est-à-dire passage d'un épithélium cylindrique à un épithélium pavimenteux

métastase : aspect tumoral dans un organe distant, semblable à la tumeur d'origine ou tumeur parentale

néoplasie : processus de croissance anormale ou formation d'une tumeur parfois maligne

néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) : lésion précancéreuse affectant le revêtement du col (épithélium). L'examen microscopique permet son diagnostic. On classe ces lésions en CIN 1, 2 et 3, en fonction de l'épaisseur de l'épithélium affectée par l'anomalie (épithélium affecté sur 1/3, 2/3 ou toute son épaisseur)

opioïde : médicament employé pour soulager les fortes douleurs ; la morphine en fait partie

pathologie : étude de la maladie et de ses effets sur les tissus de l'organisme

péritoïne : fine membrane tissulaire continue, tapissant les parois et les organes de la cavité abdominale

persistant : caractère d'une lésion ou d'une maladie qui ne disparaît pas au bout d'un certain temps

prévention primaire : mesures prises pour éviter l'exposition aux principales causes d'une maladie ; dans le cas du cancer du col, il s'agit de prévenir l'infection par le VPH

pronostic : issue probable de la maladie (amélioration, détérioration ou décès)

puberté : âge auquel une jeune femme a ses premières règles

radiothérapie radicale : radiothérapie à visée curative

récidive (des lésions, de la maladie) : réapparition d'un problème qui avait disparu avec le traitement

région acidophile : région de l'épithélium du col utérin qui blanchit quand on y applique de l'acide acétique

régression : disparition ou atténuation d'une anomalie

sensibilité : proportion de personnes malades correctement identifiées par le test (vrais positifs)

spécificité : proportion de personnes non malades correctement identifiées par le test (vrais négatifs)

stade infraclinique : stade précoce d'une maladie, quand les symptômes ou les signes ne se sont pas encore manifestés

sténose : rétrécissement anormal d'un canal qui peut entraîner des problèmes de santé

taux de guérison : pourcentage d'un groupe de personnes affectées par une maladie ou une condition physique, guéries par un traitement particulier

taux d'incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population donnée et dans un temps donné. Par exemple, s'il y a 500 nouveaux cas de cancer du col chaque année, dans un pays comptant 5 millions de femmes, le taux brut d'incidence de cancer du col (non standardisé sur l'âge) est de 100 cas par million par an, ou 10 pour 100 000 par an

taux de morbidité : proportion d'une population qui souffre d'une maladie particulière sur une période de temps donnée, souvent exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants par an

taux de mortalité : proportion d'une population qui meurt d'une maladie particulière sur une période de temps donnée, souvent exprimé en nombre de décès pour 100 000 habitants par an

taux de prévalence : proportion de personnes dans une population donnée, affectées par une maladie ou une condition physique à un moment donné

taux de survie : proportion de toutes les personnes malades qui sont encore en vie au bout d'un certain temps

traitement primaire : traitement habituellement utilisé en premier pour essayer de soigner une maladie ou une condition physique

triage : parmi toutes les personnes affectées, sélection de celles qui vont devoir subir des examens complémentaires ou recevoir un traitement

types de VPH à haut risque : types de virus du papillome humain à l'origine du cancer du col

ulcération : érosion du tissu et création d'une petite dépression (cratère) ; caractéristique de certains cancers

valeur prédictive négative (d'un test) : probabilité de ne pas avoir la maladie quand le test est négatif

valeur prédictive positive (d'un test) : probabilité d'avoir la maladie quand le test est positif

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Département Santé et Recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27

Suisse

Télécopie : +41 22 791 4171

Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductive-health

ou

Maladies Chroniques et Promotion de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27

Suisse

Télécopie : +41 22 791 4769

Courriel : chronicdiseases@who.int

www.who.int/chp



World Health
Organization

ISBN 978 92 4 254700 9



9 789242 547009