

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



PROGRAMME NATIONAL DE SANTE
DE LA REPRODUCTION
PNSR



Direction Nationale

STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL UTERIN ET DU SEIN EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Avec l'appui financier de l'OMS



REMERCIEMENTS

La validation de la stratégie nationale de lutte contre les cancers du col utérin et du sein en RDC par le Comité de Coordination Technique m'offre l'opportunité de remercier tous ceux qui ont contribué techniquement et financièrement à son élaboration puis à sa finalisation.

Mes remerciements vont particulièrement au Bureau de représentation de l'OMS à Kinshasa pour son appui technique et financier tout au long du processus d'élaboration, de finalisation et de validation de cette stratégie.

Ces remerciements s'adressent également au Programme National de Santé de la Reproduction pour cette belle initiative et la coordination des travaux qui ont permis aujourd'hui au pays d'avoir un document stratégique de lutte contre les cancers du col utérin et du sein..

Je remercie aussi les experts de l'école de Santé Publique de Kinshasa, de l'Université de Lubumbashi, des cliniques universitaires de Kinshasa du programme élargie de vaccination et les autres partenaires techniques dont l'Hôpital général provincial de Kinshasa, le Centre Nganda et la clinique Ngaliema, pour leur précieuse contribution à l'élaboration de ce document grâce au partage de leur expérience de terrain et de leur connaissance des besoins exprimés dans ce domaine.

Par ailleurs, je veux ici exprimer toute ma gratitude aux participants de la direction de la famille et des groupes spécifiques, de la direction de lutte contre la maladie, du Secrétariat Général de la Santé et des différentes Associations et ONGs, pour leur mobilisation et leur engagement autour de la Direction du PNSR pour la finalisation de cette stratégie. Il s'agit en particulier des participants de la LINAC, l'ALCC, l'ASSICAS.

A toutes et à tous, un grand merci pour votre dynamisme.

PREFACE

Le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes de fréquence avec plus de 50 000 nouveaux cas estimés en 2008, et il bénéficie d'un pronostic à long terme favorable, d'autant plus qu'il est diagnostiqué et pris en charge de plus en plus tôt. La survie moyenne à 5 ans est estimée à près de 85 %.

Le cancer du col de l'utérus est, par sa fréquence, le deuxième 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.

L'objectif de ce document est de doter la RDC d'une stratégie de prise en charge des deux cancers de la femme les plus importants et mais dont on dispose des moyens accessible de lutte, alors qu'ils constituent présentement pour le pays un lourd fardeau à cause de l'inaction. Cet outil permettra d'expliquer aux acteurs dans le système de santé au pays, de comprendre dans les termes faciles les modes de développement des deux cancers, leurs facteurs de risque, les moyens de prévention et diagnostics disponibles, les possibilités de traitement existant, ainsi que les possibilités des soins palliatifs. Il définit en outre les méthodes accessibles de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des cas de cancer de col et du sein, dans le système de santé de la RDC, ainsi que les moyens de monitoring et de suivi du programme de lutte ainsi que la charge de la maladie, y compris les Registres de Cancer.

Le contenu de ce document a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il repose sur les recommandations de l'OMS et la pratique en RDC, complétées par des avis d'experts, et de quelques études menées au pays.

J'appelle à cet effet tous les partenaires à la santé de la RDC à s'impliquer dans la mise en œuvre de cette stratégie pour alléger le lourd fardeau de cette maladie au pays, qui s'inscrit directement dans la résolution WHA 53.17 de l'Assemblée Mondiale de la Santé, qui a réaffirmé que la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles visait à réduire la mortalité prématurée et à améliorer la qualité de la vie.

Fait à Kinshasa, le 27 avril 2015

Le Ministre de la Santé Publique

Felix KABANGE

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN	:	Acide désoxyribonucléique
ACE	:	Antigène Carcinoembryonnaire
ASSICAS	:	Association Internationale de Lutte contre le Cancer du Col et du Sein
BCZS	:	Bureau Central de la Zone de Santé
BEC	:	Bulletin Epidémiologique du Congo
BRCA 1 et BRCA 2	:	<i>Breast Cancer Consortium</i>
CA15/3	:	Carcinome Antigène15-3
CCC	:	Communication pour le changement de comportement
CCIS	:	Carcinome canalaire in situ
CIS	:	Carcinome in situ
CCT	:	Comité de Coordination Technique
CH	:	Centre Hospitalier
CIN	:	<i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i> (néoplasie cervicale intra-épithéliale)
CLIS	:	Carcinome lobulaire in situ
CMF	:	Cyclophosphamide, Méthotrexate, 5-fluoro-uracile,
CO2	:	Dioxyde de Carbone
CODESA	:	Comité de Développement de l'aire de Santé
CPN	:	Consultations Périnatale

CPoN	:	Consultation Post- Natale
CS	:	Centre de Santé
CTLM	:	Commission Technique de Lutte Contre la Maladie
D10	:	Direction de Santé de Famille et des Groupes Spécifiques
D3	:	Direction de Pharmacie et Médicaments
D4	:	Direction de lutte contre la Maladie
ECP	:	Equipe Cadre de la Province
ECZS	:	Equipe Cadre de la Zone de Santé
FAC	:	5 Fluoro-uracile, Adriamycine, Cyclophosphamide,
FEC	:	5-Fluoro-uracile, Epirubicine, Cyclophosphamide,
FIGO	:	Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens
GRCC	:	Grand Registre Congolais des Cancers
HLA	:	<i>Human Leukocyte Antigen</i> (les antigènes des leucocytes humains)
HGPR	:	Hôpital Général Provincial de Référence
HSV-2	:	Herpès Simplex Virus 2
IHC	:	Immuno histochimie
IRM	:	Imagerie par résonance magnétique
IST	:	Infection sexuellement transmissible
IVA	:	Inspection visuelle directe après application de l'Acide acétique
IVL	:	Inspection visuelle directe après application du Lugol
IT	:	Infirmier Titulaire
HIS	:	Hybridation in situ
Ki67	:	Antigène marqueur de la prolifération des cellules cancéreuses
LIEHG	:	Lésions Intra- épithéliales de Haut Grade
LINAC	:	Ligue Nationale Contre le Cancer
MCZ	:	Médecin Chef de Zone
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PEC	:	Prise en Charge
PF	:	Planification Familiale
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PNSA	:	Programme National de Santé des Adolescents
PNSR	:	Programme National de Santé de la Reproduction
PPAC	:	Plan Pluri-annuel Complet
RAD	:	Résection à l'Anse Diathermique
RECO	:	Relais Communautaire
RDC	:	République Démocratique du Congo
RO	:	Récepteur Oestrogénique
RP	:	Récepteur Progésteronique
RTE	:	Radiothérapie Externe
RX	:	Radiographie
SBR	:	SCORFF-BLOOM-RICHARDSON
SMNE	:	Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
STA	:	Syndrome Thoracique Aigu
SVS	:	Survivant des Violences Sexuelles
TAC	:	Taxotère (docetaxel), Adriamycine, Cyclophosphamide
TNM	:	Tumeur, ganglion lymphatique(<i>Nodes</i>) et Métastase
UIV	:	Urographie Intraveineuse
VIH/SIDA	:	Virus d'immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VPH	:	Virus du Papillome Humain
WHO	:	<i>World Health Organisation</i>
ZS	:	Zone de Santé

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
PREFACE	3
LISTE DES ABREVIATIONS	4
TABLE DES MATIERES	7
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	8
1.1. SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL UTERIN ET DU SEIN	9
1.1.1 <i>Situation de la lutte contre les cancers en RDC</i>	9
1.1.2 <i>Situation des cancers du col utérin et du sein dans le monde et en RDC</i>	9
1.1.3 <i>Problèmes identifiés dans la lutte contre les cancers du col utérin et du sein en RDC</i>	10
II. CADRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL UTERIN ET DU SEIN EN RDC	11
2.1 MANDAT DU PNSR	11
2.2 MISSION DU PNSR.....	12
III. STRATEGIE	13
3.1. VISION DE LA STRATEGIE.....	13
3.2. OBJECTIFS DE LA STRATEGIE	13
3.2.1 <i>Objectif général</i>	13
3.2.2 <i>Objectifs spécifiques</i>	13
3.3. AXES STRATEGIQUES	14
3.3.1 <i>COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS</i>	14
3.3.2 <i>PRESTATION DES SERVICES (PREVENTION ET PRISE EN CHARGE)</i>	16
3.3.3 <i>RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES</i>	20
3.3.4 <i>RENFORCEMENT DE LA GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE</i>	22
3.3.5 <i>RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE</i>	23
IV. MONTAGE INSTITUTIONNEL	24
V. FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE	25
VI. ANNEXES	26
ANNEXE 1.....	26
<i>CANCER DU COL UTERIN</i>	26
ANNEXE 2.....	49
<i>SUPERVISION</i>	49
ANNEXE3.	50
<i>FICHE DE DECLARATION DE CAS DE CANCER</i>	50
ANNEXE 4.....	51
<i>FICHE D'ENREGISTREMENT D'UN CAS/REGISTRE DE CANCER</i>	51
ANNEXE 5.....	53
<i>Formulaire de notification au cas par cas</i>	53
ANNEXE 6.....	54
<i>Tableau VIII. Répartition des outils par niveaux de la pyramide sanitaire</i>	54

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les cancers du col de l'utérus et du sein constituent la cause principale de morbidité et de mortalité par cancer chez les femmes en Afrique et en RDC. Ces cancers sont potentiellement évitables et des programmes de dépistage bien conçus et bien structurés peuvent réduire de manière significative leur morbidité et mortalité¹.

Malheureusement, le manque de politique, des stratégies, des programmes efficaces de dépistage et de traitement explique en grande partie la prévalence et le taux de mortalité élevé liés aux cancers du col de l'utérus et du sein dans plusieurs pays. Ces cancers ne sont diagnostiqués qu'à un stade avancé, alors que les traitements font presque totalement défaut ou sont onéreux et inaccessibles à un grand nombre des femmes. Ce qui entraîne des conséquences dévastatrices sur le plan physique, psychologique et social chez les malades, leurs familles et la communauté.

En Afrique, les données exactes sur la morbidité et la mortalité par cancer du col de l'utérus et du sein sont rares et reposent généralement sur des données hospitalières et des estimations. Ceci est dû à la faiblesse du système de santé en général et du système national d'information sanitaire en particulier. Les registres des cancers basés sur la population sont rares ou produisent des données parcellaires².

Dans la quasi-totalité des pays de la Région africaine, les populations et les prestataires de soins manquent d'information sur les méthodes de prévention et de prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein. Les professionnels de santé adoptent parfois des protocoles thérapeutiques inappropriés utilisant de manière inefficace les ressources déjà limitées. De plus, les femmes ne connaissent pas les services de lutte contre les cancers disponibles quand ils existent. Dans certaines communautés, l'ignorance et le manque d'information concernant la maladie sont également des obstacles à la prévention³.

L'OMS a proposé aux pays africains lors de la 60^{ème} session du Comité régional à Malabo, du 30 août au 3 septembre 2010, d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col utérin, fondés sur une politique clairement définie. Cette lutte doit s'effectuer dans le cadre d'un programme national de lutte contre le cancer et s'intégrer aux services existants des soins primaires de santé génésique et sexuelle. L'OMS recommande aussi pour de nombreux pays à revenus faibles ou intermédiaires, confrontés au double fardeau du cancer du col utérin et du sein, de mettre en œuvre des programmes combinés de lutte. Ces programmes sont d'un bon rapport coût-efficacité et abordables pour lutter contre ces deux maladies que l'on peut aisément prévenir⁴.

Ainsi, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) de la République Démocratique du Congo (RDC), pour mettre en œuvre la 9^{ème} composante de sa politique basée sur la lutte contre le cancer, a sollicité l'appui de l'OMS pour la rédaction de cette stratégie combinée de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein. Cet appui va

¹ Anderson BO et Al(2008)guideline implementation for breast health care in low-income and middle

² Anderson BO et Al(2008)guideline implementation for breast health care in low-income and middle

³ Anderson BO et Al(2008)guideline implementation for breast health care in low-income and middle

⁴ OMS 2014 : Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie

contribuer aux efforts du pays pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, liés à l'amélioration de la santé maternelle. Et c'est en réduisant le fardeau de morbi-mortalité causée par ces deux affections pratiquement négligées, mais dont le poids devient plus important au niveau national.

SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL UTERIN ET DU SEIN

1.1.1 Situation de la lutte contre les cancers en RDC

En RDC, il existe un programme spécifique de lutte contre le cancer qui n'est pas fonctionnel. Cependant quelques initiatives isolées au niveau des différentes structures hospitalières et mêmes des Organisations privées tentent de mener quelques activités de lutte notamment : la Société Congolaise des Gynécologues Obstétriciens (SCOGO), Société Congolaise des Pathologistes (SCOPATH), la Ligue Nationale Contre le Cancer (LINAC), Association Internationale de lutte contre le Cancer du col et du sein (ASSICAS), Association de lutte contre le cancer du col (ALCC), Nouvel Espoir. Et pourtant, la prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital tels que le cancer du col de l'utérus, figure parmi les neuf composantes de la santé de la reproduction retenues à l'issue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenu au Caire en 1994. Cette neuvième composante n'a pas encore été développée jusqu'à ce jour. Il sied de noter qu'il n'existe pas encore de stratégie de lutte contre le cancer, ni des normes et directives orientant les activités de lutte. Les activités de dépistage des cancers du col utérin et du sein ne se déroulent qu'occasionnellement sur impulsion de ces quelques organisations à des occasions bien précises. Le pays ne dispose que de peu d'outils de collecte des données sur les cancers, tant sur la morbidité et la mortalité que sur les activités de prévention.

La mise en œuvre des activités de lutte contre le cancer nécessite un éventail d'équipements et de matériel devant être disponibles aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui n'est pas le cas dans notre pays. Aussi, le personnel œuvrant dans les différentes formations sanitaires est à peine formé sur la mise en œuvre des activités de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein. Pourtant ces affections sont faciles à prévenir, mais difficiles à soigner.

La vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), principal facteur connu de la survenue du cancer du col utérin, n'est toujours pas introduite en RDC. Toutefois, lors de la dernière révision du PPAC, le pays a fait allusion à cette vaccination, mais sans déterminer l'année qu'il compte l'introduire.⁵

1.1.2 Situation des cancers du col utérin et du sein dans le monde et en RDC

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme au monde et le septième dans la population générale. Selon les estimations de l'OMS en 2008, 530 000 nouveaux cas ont été dépistés au monde (soit 9% de l'ensemble des cancers de la femme), parmi lesquels 85% sont survenus dans les pays en voie de développement. Il a été responsable de près de 275 000 décès en 2008, dont 88% dans les pays en développement. C'est le plus important cancer de la femme en Afrique avec un taux de létalité environnant 52%⁶.

⁵ PPAC RDC(2013)

⁶ Journal of cancer Policy, 2013 : breast and cervical cancer control in low and middle-income countries

Le cancer du sein est de loin le plus important cancer de la femme au monde (soit 23% de l'ensemble des cancers de la femme), et le deuxième plus important dans la population entière (soit 11% de l'ensemble des cancers de toute la population)⁷. Selon les estimations de l'OMS, plus de 1,38 millions de nouveaux cas ont été enregistrés en 2008⁸, dont les taux d'incidences les plus élevés, se retrouvent dans les pays développés. Mais la létalité est plus élevée dans les pays en développement, ceci est lié au dépistage le plus souvent tardif ou inexistant. Par contre la mortalité par cancer de sein est meilleure dans les pays développés grâce au dépistage/diagnostic précoce et au traitement.

Plusieurs études menées en RDC sur les cancers gynécologiques ont montré que contrairement aux données des pays occidentaux, le cancer du col utérin est le premier cancer gynécologique et le cancer du sein occupe la deuxième place.⁹

Une collecte des données des maladies non transmissibles réalisée par le Ministère de la santé dans 25 hôpitaux de Kinshasa et 3 du Bas Congo, de 2008 à 2010, appuyé par l'OMS, a révélé 646 cas des cancers¹⁰. Les cancers du col de l'utérus et du sein occupent la deuxième et troisième place de l'ensemble des cancers rapportés dans toute la population avec respectivement 19% et 18%, après le cancer de la prostate (28%). La mortalité par ces deux cancers est très élevée en RDC, à cause du diagnostic toujours tardif et du déficit important des moyens thérapeutiques.

1.1.3 Problèmes identifiés dans la lutte contre les cancers du col utérin et du sein en RDC

a. Problèmes liés à la gouvernance et au leadership,

- Absence de stratégie nationale, de normes et directives appropriées orientant les activités de lutte contre le cancer.
- Programme national de lutte contre le cancer non fonctionnel
- Absence des cancers sur la liste des maladies, affections et événements prioritaires sous surveillance
- Faible coordination des acteurs de lutte contre les cancers

b. Problèmes des Ressources Humaines pour la Santé,

- Insuffisance du personnel formé dans la prise en charge
- Répartition inéquitable du personnel formé

c. Problèmes du financement de la Santé,

- Insuffisance de ressources financières pour la lutte

⁷ Journal of cancer Policy, 2013 : breast and cervical cancer control in low and middle-income countries

⁸ Journal of cancer Policy, 2013 : breast and cervical cancer control in low and middle-income countries

⁹ CHIRIMWAMI B : Le Cancer du système génital et du sein chez la femme zairoise. Types histologiques, distribution et fréquence. Mémoire de spécialisation à la faculté de médecine, université de Kinshasa, 1979

MASHINDA et COLL ;,2008

MBALANL,NGUMA M, YANGA K, MBANZULU PN : Cancer de l'ovaire aux Cliniques universitaires ; profil anatomo-clinique et épidémiologique .Panorama médical 1997

¹⁰ Rapport de la collecte des données des MNT transmis à l'OMS par la DLM (2012)

- Faible contribution financière du Gouvernement et des PTF dans la lutte
- Faible accessibilité financière aux soins de santé appropriés

d. Problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques,

- Besoins en médicaments et intrants spécifiques non quantifiés
- Difficulté d’approvisionnement en médicaments et intrants spécifiques

e. Problèmes liés aux infrastructures, équipements/matériels, laboratoires et nouvelles technologies,

- Insuffisance des infrastructures, équipements, matériels

f. Problèmes liés à l’information sanitaire,

- Insuffisance d’outils de gestion des données
- Insuffisance des données sur les cancers du col utérin et du sein
- Absence de base de données sur les cancers

g. Problèmes liés à la prestation des services de santé et des soins.

- Dépistage tardif des cas de cancer du col utérin et du sein
- Insuffisance des structures de prise en charge
- Faible mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le cancer

II. CADRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU COL UTERIN ET DU SEIN EN RDC

La lutte contre ces cancers se fait par le Ministère de la Santé Publique à travers le PNSR sous la coordination de la Direction de santé de la famille et des groupes spécifiques.

2.1 Mandat du PNSR

La République Démocratique du Congo par le biais du Ministère de la santé Publique a fixé pour le PNSR les missions ci-après :(Arrêté Ministériel n°1250/CAB/MIN/S/AJ/KIZ/009/2000 du 09/12/2001) :

- Elaborer, vulgariser et faire approprier la Politique Nationale, le plan directeur, le cadre organique et les normes en santé de la reproduction par la population congolaise ainsi que par tous les partenaires intervenant dans ce domaine ;
- Assurer la coordination, le suivi, la supervision et l’évaluation de toutes les activités de santé de la reproduction en veillant à l’utilisation des outils de collecte des données autorisés par le Ministère de la Santé Publique ;
- Mobiliser les ressources en vue d’appuyer les maternités et les unités de naissances désirables (UND) en matériels gynéco – obstétriques, en médicaments essentiels et en contraceptifs, en vue d’améliorer la qualité des soins ainsi que la formation du personnel et la promotion de la recherche en santé de la reproduction.

La mission assignée au PNSR est essentiellement d'ordre normatif, de coordination des activités de SR et de plaider pour la mobilisation des ressources en vue de l'amélioration de la qualité de soins, de la formation et de la promotion de la recherche en SR.

Ainsi le PNSR, en tant qu'institution Publique et en sa qualité d'organe spécialisé du Ministère de la santé en matière de SR exerce les rôles suivants :

- D'élaborer et diffuser à travers le pays pour chaque composante SR les normes en vigueur en matière de prestation des services et de soins en faveur de la population. La population congolaise, les prestataires et les partenaires intervenants dans ce domaine sont les principales cibles visées. Le respect des normes de SR par tous constitue une exigence qui garantit la qualité et la sécurité des soins de SR offerts.
- D'assurer la coordination, le suivi, la supervision et l'évaluation de toutes les activités de SR organisées et menées dans le pays. Cela suppose que le PNSR développe les activités lui permettant d'obtenir de toutes les parties prenantes les rapports réguliers de leur activité, de les analyser et d'évaluer correctement le niveau et la qualité de leur exécution.
- De faire le plaidoyer auprès de tous les partenaires bilatéraux et multilatéraux, des autorités nationales et de la population pour obtenir l'accroissement des ressources en vue de rendre accessible à tous, les soins de SR de qualité

2.2 Mission du PNSR

Son rôle est stratégique. Il est l'organe régulateur, normatif et concepteur de toutes les activités en rapport avec la SR. A ce titre, sous la supervision du Secrétaire général et la coordination de la direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques, le PNSR a la mission de :

- élaborer, assurer la vulgarisation, faire approprier et veiller à l'application de la politique nationale, du plan stratégique et des normes en SR à tous les niveaux et par tous les partenaires ;
- coordonner, superviser, suivre et évaluer les activités de SR sur toute l'étendue du pays ;
- faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement central, de la société civile et des partenaires

En outre, la Conférence Internationale pour la Population et le Développement(CIPD), avait défini 9 composantes de Santé de la Reproduction suivantes :

1. Maternité à moindre risque : soins prénatals, accouchement sans risque, soins essentiels en cas de complications obstétricales, soins aux nouveau-nés, soins post-natals et allaitement maternel.
2. Information et services en matière de Planification familiale.
3. Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme.
4. Prévention et prise en charge des complications de l'avortement.

5. Information des hommes en vue de leur implication dans la santé de la reproduction et leur co-responsabilisation pour améliorer le rôle et le statut de la femme.
6. Prévention et prise en charge des infections génitales, notamment des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris des infections à VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)
7. Promotion d'un développement sexuel sain à partir de pré adolescence, des rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et de l'égalité entre les sexes.
8. Elimination des pratiques néfastes telles que la mutilation sexuelle féminine, le mariage précoce, la violence au foyer et la violence sexuelle à l'encontre des femmes.
9. Prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital, tels que la fistule génitale, le cancer du col de l'utérus, les complications des mutilations sexuelles féminines et les problèmes de santé de la reproduction associés à la ménopause et à l'andropause.

III. STRATEGIE

3.1. VISION DE LA STRATEGIE

La santé étant un droit fondamental de tout être humain, notre rêve est d'avoir une nation congolaise où les cancers du col de l'utérus et du sein ne seront plus considérés comme une calamité, nation où chaque fille sera immunisée contre le VPH avant ses premiers rapports sexuels, où toute femme bénéficiera d'un dépistage et d'un diagnostic précoce, suivis d'un traitement adéquat des lésions détectées et où la mortalité liée au cancer du col de l'utérus et du sein sera négligeable.

La concrétisation de cette vision suppose un certain nombre de conditions, à savoir, la stratégie et des programmes efficaces de prévention et de contrôle des cancers du col de l'utérus et du sein.

3.2. OBJECTIFS DE LA STRATEGIE

3.2.1 Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité et de mortalité liée aux cancers du col utérin et du sein.

3.2.2 Objectifs spécifiques

- Améliorer les connaissances, les attitudes et pratiques de la communauté sur les cancers du col de l'utérus et du sein,
- Donner les orientations et directives sur la prévention, prise en charge et contrôle des cancers du col de l'utérus et du sein ;
- Déterminer les mécanismes de renforcement des capacités institutionnelles et du personnel pour la lutte contre les cancers ;
- Définir les mécanismes de renforcement de la gestion de l'information sanitaire
- Promouvoir la recherche opérationnelle sur les cancers du col de l'utérus et du sein

- Promouvoir le partenariat avec toutes les parties prenantes dans la lutte contre les cancers du col utérin et du sein
- Mobiliser les ressources en vue de financer les activités de lutte contre le cancer du col utérin et du sein.

3.3. AXES STRATEGIQUES

Les principaux axes retenus dans la stratégie sont :

- 1 Communication pour le changement des comportements
- 2 Prestation des services (prévention et prise en charge)
- 3 Renforcement des capacités des ressources humaines
- 4 Renforcement de la gestion de l'information sanitaire
- 5 Recherche opérationnelle

3.3.1 COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS

PROMOTION DE LA LUTTE CONTRE LES CANCERS DU COL UTERIN ET DU SEIN

La promotion de la lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein reste le seul moyen efficace et moins onéreux de prévenir ces deux maladies. Cela a été prouvé scientifiquement par plusieurs recherches.

Ainsi, des actions claires et bien définies dans ce document de stratégie, permettraient d'éviter des coûts énormes au système de santé liés à la prise en charge des cas et aussi d'aggraver le lourd fardeau de ces maladies au système économique et social du pays.

Les autorités politico-administratives devront s'approprier de cette stratégie, pour faire de la lutte contre les cancers une priorité du gouvernement.

La promotion des mesures conduisant à réduire les facteurs de risques modifiables (Tabac, alcool, alimentation trop grasse et sans légumes, sédentarité, sexualité irresponsable, utilisation abusive des pesticides et autres...) associées aux pratiques du dépistage précoce des cancers du col de l'utérus et du sein, avec une prise en charge précoce des cas, ainsi que la vaccination des jeunes filles de 9 à 13 ans contre le VPH, contribueraient grandement à la réduction de l'incidence des cancers du sein et du col de l'utérus, qui constituent pour le moment, l'une de grandes causes de décès par cancer dans notre pays.

Les Principales Actions promotionnelles par niveau sont :

i. Au niveau de la Communauté

- Communications pour le changement de comportement (CCC) en vue d'inverser les lacunes des connaissances, les mythes et attitudes négatives qui prévalent dans la communauté sur le cancer du col utérin et du sein ;
- Promotion de bonnes pratiques : sans alcool, sans tabac, alimentation saine, exercice physique, dépistage précoce suivi d'une prise en charge à temps des lésions décelées, vaccination précoce contre le VPH, sexualité responsable, IST/VIH, allaitement maternel, orientation dans les services de prise en charge...
- Mobilisation sociale et lobbying en faveur de la lutte contre les cancers du col utérin et du sein

- Organisation des soins palliatifs au sein de la communauté.

ii. Au niveau du centre de santé

- Communication pour le changement de comportement (CCC) en vue de combler les lacunes des connaissances et d'inverser les mythes et attitudes négatives qui prévalent dans la communauté sur le cancer du col utérin et du sein ;
- Promotion de bonnes pratiques : sans alcool, sans tabac, alimentation saine, exercice physique, dépistage précoce suivi d'une prise en charge à temps des lésions décelées, vaccination précoce contre le VPH, sexualité responsable, allaitement maternel prolongé...
- Organisation des soins palliatifs au CS.
- Organisation des séances d'éducation sanitaire sur les cancers lors des activités de CPN, CPoN, CPS et PF ;
- Conseils individuels aux femmes, hommes et couples, en consultation sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- Promotion des techniques de dépistage des femmes du groupe d'âge cible,

iii. Au niveau de l'Hôpital Général de Référence

- Promotion de bonnes pratiques : sans alcool, sans tabac, alimentation saine, exercice physique, dépistage précoce suivi d'une prise en charge à temps des lésions décelées, vaccination précoce contre le VPH, sexualité responsable, IST/VIH, allaitement maternel prolongé
- Organisation des soins palliatifs à l'HGR.
- Organisation des séances d'éducation sanitaire sur les cancers du col utérin et du sein lors des activités de CPN, CPoN, CPS, PF ou chez les femmes en attente des consultations.
- Conseils individuels aux femmes, hommes et couples, en consultation sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- Promotion des techniques d'auto-dépistage des femmes du groupe d'âge cible pour les cancers de sein et du dépistage médical à tout premier contact chez les femmes cibles.
- Organisation de la formation des agents de santé communautaires et des bénévoles dans les techniques de communication en faveur de la lutte contre les cancers du sein et du col de l'utérus.
- Communication en faveur des transferts vers les centres spécialisés.

iv. Au Bureau central de la zone de la zone de santé

- Promotion de bonnes pratiques : sans alcool, sans tabac, alimentation saine, exercice physique, dépistage précoce suivi d'une prise en charge à temps des lésions décelées, vaccination précoce contre le VPH, sexualité responsable, IST/VIH, allaitement maternel prolongé
- Organisation des soins palliatifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (communauté, CS, HGR et Hôpital spécialisé).
- Organisation de la formation et de la supervision des agents de santé communautaires et des bénévoles dans les techniques de communication en faveur de la lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein.
- Organisation de la formation et de la supervision de tous les prestataires au sein de la ZS sur les activités de promotion de la santé en faveur des cancers du col utérin et du sein, telle que repris ci-haut.
- Organisation de suivi des activités de communication en faveur de la lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein à travers les structures de la ZS.

- Plaidoyer auprès des autorités pour la mobilisation des ressources en faveur des activités de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein, insistant sur les avantages économiques produits par les activités de promotion et de prévention sur le rapport coût-bénéfice de ces activités par rapports aux activités curatives.

v. **Au niveau de l'Hôpital spécialisé**

- Promotion de bonnes pratiques : sans alcool, sans tabac, alimentation saine, exercice physique, dépistage précoce suivi d'une prise en charge à temps des lésions décelées, vaccination précoce contre le VPH, sexualité responsable, IST/VIH, allaitement maternel prolongé
- Organisation des séances d'éducation sanitaire sur les cancers du col utérin et du sein lors des activités de CPN, CPoN, CPS, PF ou chez les femmes en attente des consultations.
- Conseils individuels aux femmes, hommes et couples, en consultation sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- Promotion des techniques d'auto-dépistage des femmes du groupe d'âge cible pour les cancers de sein et du dépistage médical à tout premier contact chez les femmes cibles.
- Organisation des soins palliatifs.

3. 3.2 PRESTATION DES SERVICES (PREVENTION ET PRISE EN CHARGE)

La prestation des services dépend de types des cancers en tenant compte des éléments ci-après :

1) **Etiopathogénie**

2) **Histoire naturelle des lésions précancéreuses**

3) **Mesures de prévention**

- PREVENTION PRIMAIRE
- PREVENTION SECONDAIRE OU DEPISTAGE (DETECTION PRECOCE DE LA MALADIE)

4) **Méthodes de diagnostic**

5) **Traitement du cancer**

6) **Soins palliatifs**

Les détails pour chaque élément repris ci-haut sont contenus dans l'annexe I

7) **Plateau technique**

Le renforcement du plateau technique concerne des ressources matérielles au niveau de chaque structure de la pyramide sanitaire impliquée dans les actions de lutte contre les cancers du col utérin et du sein.

- **Ressources matérielles au niveau de chaque structure**

1° STRUCTURES COMMUNAUTAIRES : CODESA ET RECO

Tableau I : Actions de lutte contre les cancers et matériels nécessaires au sein de la communauté

Actions de lutte	Matériels nécessaires
Education à la santé	1. Supports éducatifs : boîte à images, dépliants, recueil des messages clés 2. Canaux de communication : Eglises, ONGs, écoles, médias, leaders d'opinion, réseaux sociaux...
Sensibilisation et plaidoyer	1. Supports éducatifs : boîte à images, dépliants, recueil des messages clés 2. Canaux de communication : Eglises, ONGs, écoles, médias, leaders d'opinion, réseaux sociaux ...
Auto examen du sein	3. Dépliant démontrant la technique

2° CENTRE DE SANTE

Tableau II : Actions de lutte contre les cancers et matériels nécessaires au CS

Actions de lutte	Matériels nécessaires
1. Education à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Supports éducatifs : boîte à images, dépliants, recueil des messages clés ... • Canaux de communication : intégration au Paquet Minimum d'Activités
2. Sensibilisation et plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Supports éducatifs : boîte à images, dépliants, recueil des messages clés ... • Canaux de communication : intégration au PMA
3. Dépistage avec méthode visuelle : IVA 4. Dépistage par palpation du sein 5. Collecte des données 6. Formation et supervision des relais communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Table d'examen gynécologique • Source lumineuse de bonne qualité • Spéculums bivalves • Pincés, porte tampon • Consommables : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solution d'acide acétique à 5% fraîchement préparée ✓ Compresses de gaze ✓ Désinfectant ✓ Gants • Outils de gestion des données : registres, fiches de consultation et bons de référence... • Module de formation et guide pratique de dépistage des cancers avec les méthodes visuelles.

3° HOPITAL GENERAL DE REFERENCE (HGR)

Tableau III : Actions de lutte contre les cancers et matériels nécessaires à l'HGR

Actions de lutte	Matériels nécessaires
1. Education à la santé	Cfr. Centre de Santé
2. Sensibilisation et plaidoyer	Cfr. Centre de Santé
3. Dépistage avec méthode visuelle : IVA et IVL 4. Dépistage par palpation du sein	Cfr. Centre de Santé + LUGOL

Actions de lutte	Matériels nécessaires
5. Gestion des données 6. Formation et supervision des prestataires	KIT informatique Echographie
7. Dépistage par la méthode cytodiagnostique	Matériels de laboratoire : écouvillon, spatule en bois, balai en plastique, savon et eau, gants jetables ou soumis à une désinfection, liquide fixateur, solution chlorée, petite brosse, microscope, lame, colorants (Papanicolaou, Shorr...), fixateurs,
8. Diagnostic des lésions précancéreuses : colposcopie, biopsie, curetage	Curette endocervicale, curette, spéculum vaginal, sérum physiologique, acide acétique à 5%, colposcope, pommade de monsel, pince à biopsie, pince à anneau, écouvillon en coton, flacon d'échantillonnage contenant du formol à 10%, crayon et étiquette, imagerie médicale(radio, écho), appareil de scintigraphie, registre
9. Prise en charge chirurgicale : cryothérapie, conisation	<ul style="list-style-type: none"> • Boite de laparotomie / hystérectomie/chirurgie vaginale, anse diathermique • Lit opératoire, • Registre... • Appareil de cryothérapie au CO2

4° AU NIVEAU DU BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE

Tableau IV : Actions de lutte contre les cancers et matériels nécessaires au BCZS

Actions de lutte	Matériels nécessaires
1. Sensibilisation et plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Supports éducatifs : boîte à images, dépliants, recueil des messages clés ... • Canaux de communication : intégration au PMA
2. Supervision des structures de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de supervision : grille de supervision, moyen de communication
3. Collecte et gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches de collecte des données • Kit informatique • Internet
4. Renforcement des capacités institutionnelles des structures	Document de stratégie de lutte contre les cancers, guide de formation
5. Renforcement des capacités du personnel dans la lutte	Document de stratégie de lutte contre les cancers, guide de formation

5° AU NIVEAU DE L'HOPITAL PROVINCIAL

Tableau V : Actions de lutte contre les cancers et matériels nécessaires à l'Hôpital Provincial

Actions de lutte	Matériels nécessaires
------------------	-----------------------

Actions de lutte	Matériels nécessaires
1. Education à la santé	Cfr HGR
2. Sensibilisation et plaidoyer	Cfr HGR
3. Dépistage avec méthode visuelle : IVA et IVL 4. Dépistage par palpation du sein 5. Gestion des données 6. Formation et supervision des prestataires	Cfr HGR
7. Dépistage par la méthode cytodiagnostique	Matériels de laboratoire : écouvillon, spatule en bois, balai en plastique, savon et eau, gants jetables ou soumis à une désinfection, liquide fixateur, solution chlorée, petite brosse, microscope... lame, colorants (Papanicolaou, Shorr...), fixateurs,
8. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses : colposcopie, biopsie, curetage	Curette endocervicale, curette, spéculum vaginal, sérum physiologique, acide acétique 5%, colposcope, pommade de Monsel, pince à biopsie, pince à anneau, écouvillon en coton, flacon d'échantillonnage contenant du formol à 10%, crayon, et étiquette, imagerie médicale (radio, écho), appareil de scintigraphie
9. Diagnostic et Prise en charge des lésions cancéreuses : cryothérapie, conisation	<ul style="list-style-type: none"> • Boîte de laparotomie / hystérectomie / chirurgie, anse diathermique/boîte de chirurgie mammaire • Lit opératoire, • Registre... • Appareil de cryothérapie au CO2
10. Mammographie	<ul style="list-style-type: none"> • Appareil de mammographie
11. Anatomopathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Microscopes binoculaires, lames, lamelles, colorants, fixateurs, microtomes, bacs, alcool, bain, xylène, paraffine, cassettes, moules, étuves, consommables, cryostat, antimitotique
12. Radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Appareil à radiothérapie, accélérateurs des particules, simulateur universel, bunker
13. Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • PCA • Médicaments essentiels pour les soins palliatifs

6° AU NIVEAU DE L'HOPITAL SPECIALISE

Tableau VI: Actions de lutte contre les cancers et matériels nécessaires au niveau spécialisé

Actions de lutte	Matériels nécessaires
TOUT CE QUI EST FAIT AU NIVEAU HOPITAL PROVINCIAL PLUS CE QUI SUIT	
1. Méthode diagnostique des lésions précancéreuses : colposcopie,	Scanner, IRM, Curette endocervicale, curette, spéculum vaginal, sérum physiologique, acide

Actions de lutte	Matériels nécessaires
biopsie, curetage, test d'ADN du VPH	acétique 5% ,colposcope, pommade de monsel, pince à biopsie, pince à anneau, écouvillon en coton, flacon d'échantillonnage contenant du formol à 10% , crayon, et étiquette
2. Prise en charge des lésions précancéreuses	RAD, conisation à froid,
3. Prise en charge des lésions cancéreuses	Matériel de radiothérapie et d'hystérectomie, mastectomie, prothèse PET scan,...
4. Prise en charge du cancer invasif	Kit chirurgical
5. Biologie moléculaire	Sondes spécifiques (VPH, EBV...), thermo cycler, consommables
6. Registre des cancers	Kit informatique, outils de collecte des données
7. Anatomopathologie : IHC, HIS	Les Anticorps MONOCLONAUX, Kits de révélation, les automates,
8. Soins palliatifs (unité soins palliatifs)	Matériels pour unité et équipe mobile

3.3.3 RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES

Il s'agit de mettre en exergue les capacités pouvant permettre aux structures d'offrir des soins de qualité avec équité les cas des cancers du col de l'utérus et du sein en termes de prévention, diagnostic, traitement et soins palliatifs. Cette stratégie va prendre en compte le renforcement des capacités du personnel des structures de prise en charge clinique et diagnostique, ainsi que de celui du système de collecte des données pour le suivi des pathologies et des progrès réalisés dans la prise en charge des malades.

Un des points importants de la stratégie déjà signalé mais sur lequel il faudra insister est celui du parcours du malade. Ce cheminement est à travailler en profondeur de manière à ne pas perdre du temps pour agir contre la maladie. Pour ce faire, tous les chaînons de ce parcours doivent être identifiés et pour chacun d'entre eux les tâches seront précisées. Les Centres de santé, les hôpitaux généraux de référence, les hôpitaux tertiaires constituent les chaînons du secteur public qui doivent travailler en intégration avec les cabinets des généralistes, ceux des spécialistes et les cliniques privées spécialisées en oncologie qui constituent les chaînons du privé. La fluidité la plus rapide en matière de cheminement du malade cancéreux devrait s'instaurer entre ces différentes structures. Il en est de même pour la fluidité entre le privé et le public. C'est une affaire d'organisation et de formation peu budgétivore que l'on devrait étudier.

En ce qui concerne notre pays, la stratégie de lutte commence par la communauté et devra suivre les différents niveaux de la pyramide sanitaire en associant les privés ainsi que la société civile. Pour ce faire, nous allons faire ressortir les besoins au niveau des différentes structures impliquées dans la lutte en ressources humaines adéquats et en ressources matériels et équipements appropriés. Ceci dans le but de renforcer les plateaux techniques à chaque

niveau de la pyramide sanitaire dans la lutte contre la maladie, ainsi que les mécanismes de monitoring et d'évaluation de la lutte.

Tableau VII : Répartition de type des ressources humaines par niveau du système de santé et des thèmes de formation

Niveaux	Type de ressources nécessaires	THEMES DES FORMATIONS
1. COMMUNAUTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relais Communautaires, ✓ Animateurs communautaires ✓ Leaders communautaires ✓ Associations locales des femmes ✓ Responsables des organisations de la société civile ✓ Autorités Politico-Administratives (APA) ✓ Parents ✓ Femmes elles-mêmes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation sur les facteurs des risques des cancers du col et du sein, sur l'auto examen du sein, avantages du dépistage et diagnostic précoce de cancer du col et du sein, la sexualité responsable, les idées fausses sur le cancer du col et du sein, les signes d'alarme, information sur la prise en charge
2. CENTRE DE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infirmiers (titulaire, adjoint et accoucheuse de niveau A1 ou A2), ✓ Sages-femmes ✓ Chargé de labo, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Généralités sur les cancers : signes, symptômes, dépistage, diagnostic... ✓ Soins infirmiers en cas des cancers ✓ Techniques de dépistage des cancers du col et du sein ✓ Counseling sur les cancers ✓ Formation sur la référence ou orientation des cas suspects...
3 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin généraliste, ✓ Infirmiers : L2, A1 et A2 ✓ Sages-femmes L2, A1 et A2 ✓ Laborantins A1 ✓ psychologues ✓ Techniciens anesthésistes ✓ Kinésithérapeute L2, A1 ✓ Spiritualistes ✓ Nutritionnistes ✓ Chargé de pharmacie ✓ Gestionnaire de données ✓ Volontaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Généralités sur les cancers : signes, symptômes, dépistage, diagnostic..... ✓ Techniques de dépistage des cancers du col et du sein ✓ Counseling sur les cancers ✓ Techniques sur la conisation à froid, la cryothérapie, ✓ Echographie du sein ✓ par cytodagnostic ✓ Formation sur La référence/orientation des cas suspects...
4. HOPITAL PROVINCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gynécologues ✓ Anatomopathologistes ✓ Médecins généralistes, ✓ Psychologues ✓ Infirmiers L2, A1 et A2 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Généralités sur les cancers : signes, symptômes, dépistage, diagnostic.... ✓ Techniques de dépistage des cancers du col et du sein

Niveaux	Type de ressources nécessaires	THEMES DES FORMATIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ sages femmes L2, A1 et A2 ✓ Laborantins A1 et A2 ✓ Radiologues A1 ✓ Kinésithérapeute L2, A1 ✓ Spiritualistes ✓ Nutritionnistes L2, A1 ✓ Chargé de pharmacie ✓ Volontaires ✓ Anesthésistes réanimateurs ✓ Biologiste médicale ✓ Data manager 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Counseling sur les cancers ✓ Techniques sur la conisation, cryothérapie, ✓ Echographie du sein ✓ Formation sur la référence/orientation des cas suspects... ✓ Biologie moléculaire, sur la gestion des données, anesthésie réanimation, anatomopathologie, formation sur la mammographie ✓ Formation en soins palliatifs soins
5. NIVEAU SPECIALISE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gynécologues, ✓ Anatomopathologistes, ✓ Radiologues, ✓ Anesthésistes réanimateurs ✓ Biologistes médicales ✓ Techniciens de Labo ✓ Data manager ✓ Radiothérapeutes ✓ Chimiothérapeutes (oncologue médical) ✓ Psychologues (oncopsychologues) ✓ Technicien manipulateur de radiothérapie ✓ Physiciens médicaux ✓ Kinésithérapeute L2, A1 ✓ Spiritualistes ✓ Nutritionnistes ✓ Pharmaciens ✓ Volontaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Techniques de dépistage des cancers du col et du sein ✓ Counseling sur les cancers ✓ Techniques sur la conisation, cryothérapie, ✓ Echographie du sein ✓ Formation sur la référence/orientation ✓ Formation sur la biologie moléculaire, sur la gestion des données, anesthésie, réanimation, anatomopathologie, formation sur la mammographie, radiothérapie ✓ Formation en soins palliatifs

3.3.4 RENFORCEMENT DE LA GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE

Le suivi des activités de lutte contre les cancers du col utérin et du sein se fera sur base des analyses des indicateurs au travers les données collectées du SNIS et du Sous Système SR du SNIS, ainsi que des registres de cancer.

Les indicateurs suivants seront suivis périodiquement pour évaluer les performances :

- Complétude et promptitude des rapports partagés ;
- Incidence et prévalence des cas par type de cancer et par province ;
- Mortalité spécifique par type de cancer ;

- Proportion des cas dépistés dans la population cible ;
- Proportion des lésions précancéreuses dépistées et traitées ;
- Taux de Couverture Vaccinale en vaccin anti-VPV ;
 - Indicateurs en rapport avec la communication et changement de comportement
 - Indicateurs en rapport avec la qualité de PEC...

La collecte des données sur les maladies chroniques a toujours été une faiblesse pour le pays. A ce jour, il n'existe aucune base des données des cancers au niveau national ou des provinces. Ainsi cette stratégie visera l'intégration de la collecte des données de routine en rapport avec cancers dans le système national d'information sanitaire (SNIS) du pays. (Les outils de collecte seront conformes à chaque niveau de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et périphérique)).

La collecte des données se fera soit de manière routinière, en passant par le SNIS ou encore lors des enquêtes ou les recherches opérationnelles se faisant dans le cadre de la lutte contre les cancers du col et du sein .Un système de centralisation de toutes ces données issues de ces enquêtes sera mis en place sous la coordination de la DLM. Il sera mis en place un registre national de cancer. Cette collecte poussera le pays à réviser ses documents des normes et directives SMNE, pour donner de nouvelles orientations, en vue de la prévention et du dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein.

Les outils de collecte des données suivants sont à utiliser :

1. Fiche et registre de consultation prénatale (CPN)
2. Fiche et registre de consultation post natale (CPON)
3. Fiche et registre de consultation de la planification familiale (PF)
4. Dossier médical et registre des survivants des violences sexuelles (SVS).
5. Fiche de consultation générale et registre des consultations médicales ;
6. Rapport SNIS du CS, HGR et BCZ ;
7. Fiche de notification cas par cas de cancer (cas suspects)
8. Fiche de déclaration de cas de cancer
9. Fiche d'enregistrement de cas de cancer (cas confirmé)
10. Registre de cancers (compilation des cas : BCZ, DPS, PNSR, DLM)

La répartition des outils par niveaux de la pyramide sanitaire est reprise à l'annexe 6.

3.3.5 RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

Le PNSR est l'un des programmes du Ministère de la Santé Publique dotée d'une division de recherche opérationnelle qui a déjà réalisé plusieurs études abordant différentes thématiques.

A cet égard, il y a nécessité évidente de renforcer cette division pour orienter les sujets de recherche vers les cancers du col utérin et du sein.

Par ailleurs, plusieurs enquêtes sur les cancers du col utérin et du sein sont réalisées dans les différentes Universités en RDC. Malheureusement, les résultats de ces enquêtes ne sont pas mis à profit au niveau du MSP.

IV. MONTAGE INSTITUTIONNEL

Pour faciliter la mise en œuvre de cette stratégie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les Structures d'accompagnement ci-après doivent être mises à contribution :

- Niveau périphérique : Conseil d'administration de la ZS
- Niveau intermédiaire : Comité provincial de pilotage
- Niveau central : Comité technique de lutte contre la maladie, Comité de coordination technique et CNP-SS.

L'instance nationale de coordination de la stratégie est le PNSR, le Bureau Appui technique assume la coordination au niveau provincial et le BCZ fait de même au niveau périphérique.

V. FINANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE

La mobilisation des ressources internes et externes est nécessaire pour la mise en œuvre de la stratégie. Les instances de coordination ci-haut décrites ont en charge cette mobilisation.

Les Gouvernements central et provinciaux sont appelés à inscrire dans la loi financière (Budget annuel) la ligne budgétaire prenant en charge la lutte contre les cancers en général et les cancers du col utérin et du sein en particulier.

Les PTF œuvrant dans le domaine de la lutte contre les cancers devront être impliqués dans la mobilisation des ressources additionnelles.

Le plan stratégique national (quinquennal) et les plans d'actions opérationnels seront (annuels) développés par le PNSR avec la collaboration des structures impliquées dans la lutte.

VI. ANNEXES

Annexe 1.

CANCER DU COL UTERIN

1. ETIOPATHOGENIE DU CANCER DU COL UTERIN

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 nécessaire mais non suffisante du cancer du col utérin. 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 utérin 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 utérin, mais sont à l'origine des condylomes.¹¹

Les facteurs déterminants de l'infection par le VPH, à la fois chez l'homme et chez la femme, sont directement liés aux comportements sexuels à risques, à savoir la précocité des rapports sexuels c'est-à-dire avant 15 ans, la multiplicité des partenaires sexuels et les rapports sexuels avec un partenaire ayant lui-même 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 utérin, la plupart des femmes infectées ne vont pas développer cette maladie pour autant.

En effet, indépendamment du type viral, la plupart d'infection par VPH sont passagères (environ 10 % dégénèrent en cancer du col dans les 7 à 10 ans suivant la contamination)

Tous les cofacteurs associés qui font que l'infection à VPH persiste et évolue vers un cancer invasif ne sont pas tous connus. Cependant, les cofacteurs suivants sont retenus (WHO, 2006 Lansac 2007) :

- Facteurs liés au VPH (Cofacteurs liés au VPH) :
 - Type viral ;
 - Infection simultanée avec plusieurs types oncogéniques ;
 - Quantité importante de virus (forte charge virale).
- Facteurs liés à l'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 ;
 - Multiparité : le risque de cancer du col utérin augmente avec une parité plus importante et particulièrement en cas de parité supérieure à 7 enfants ;
 - Précocité des relations sexuelles ;
 - Certains groupes HLA ;
 - Niveau socio- économique bas.

¹¹ Lansac ,2007

- Facteurs exogènes :
 - Tabagisme ;
 - Co-infection avec le VIH ou d'autres germes transmis sexuellement, comme le virus de l' Hérpes Simplex 2 (HSV-2), Chlamydia Trachomatis et Neisseria gonorrhoeae.

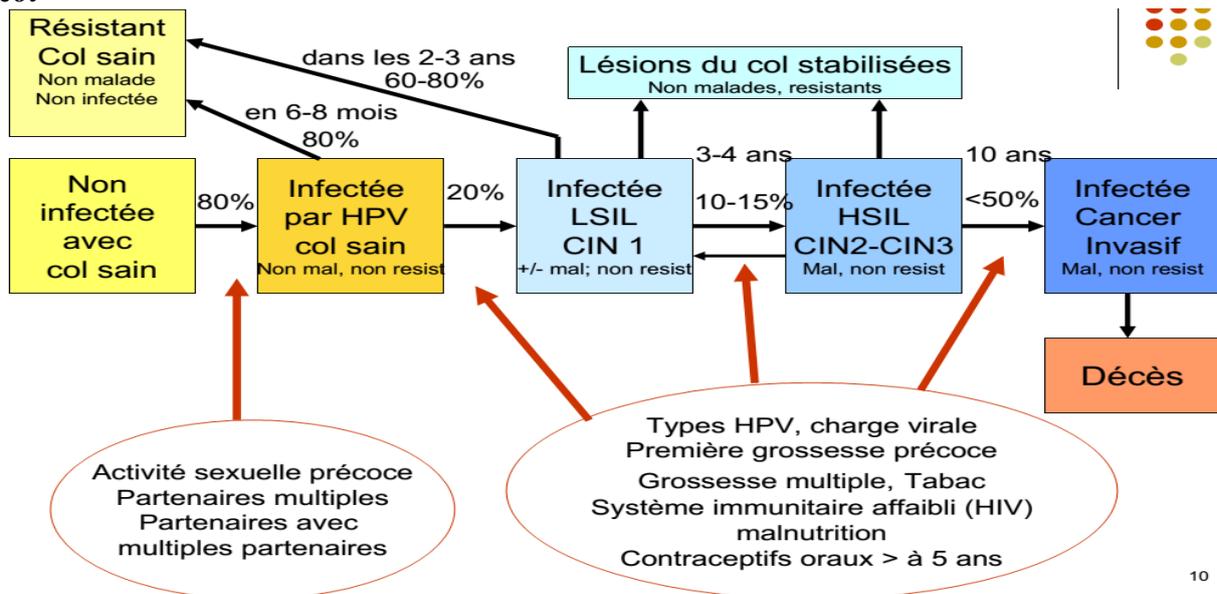
HISTOIRE NATURELLE DES LESIONS CERVICALES PRECANCEREUSES

Au cours de l'adolescence et au moment de la première grossesse, quand se produit la métaplasie malpighienne, 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.

Généralement l'infection à VPH est éliminée naturellement par l'organisme pendant une durée d'une année en moyenne. Si l'infection persiste, le virus peut interférer avec le contrôle normal de la multiplication cellulaire et être à l'origine de lésions précancéreuses et, plus tard, d'un cancer.¹²

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 lésions de bas grade (dysplasies légères CIN1) se résorbent spontanément et seulement 10% évoluent vers une lésion de haut grade (dysplasie modérée CIN2 ou sévère CIN3) 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 lésion de bas grade (une dysplasie légère) évolue jusqu'au stade de carcinome (entre 7 et 10 ans voir plus) fait du cancer du col une maladie relativement facile à prévenir et justifie donc les efforts menés pour son dépistage et le traitement des lésions précancéreuses dans la prévention.¹³

La figure ci-dessous illustre le modèle épidémiologique (histoire naturelle) du cancer du col



¹² Lansac, 2007

¹³ Lansac 2007

Figure 1. Modèle épidémiologique du cancer du col

Commentaire : l'infection par le VPH a 2 issues :

- Chez 80% des patientes elle sera avortée (col sain)
- Chez 20% des patientes, elle va entraîner des lésions de bas grade (LSIL)

Pour certaines catégories, 60-80% des patientes vont guérir spontanément dans 2-3 ans alors que 10 à 15% évolueront vers les lésions de haut grade (HSIL). Ce sont ces dernières lésions qui vont donner le cancer in situ puis micro-invasif et infiltrant avec métastases entraînant la mort.

MESURES DE PREVENTION

La prévention du cancer du col se fait en tenant compte de son évolution naturelle comme le montre la figure ci-dessous

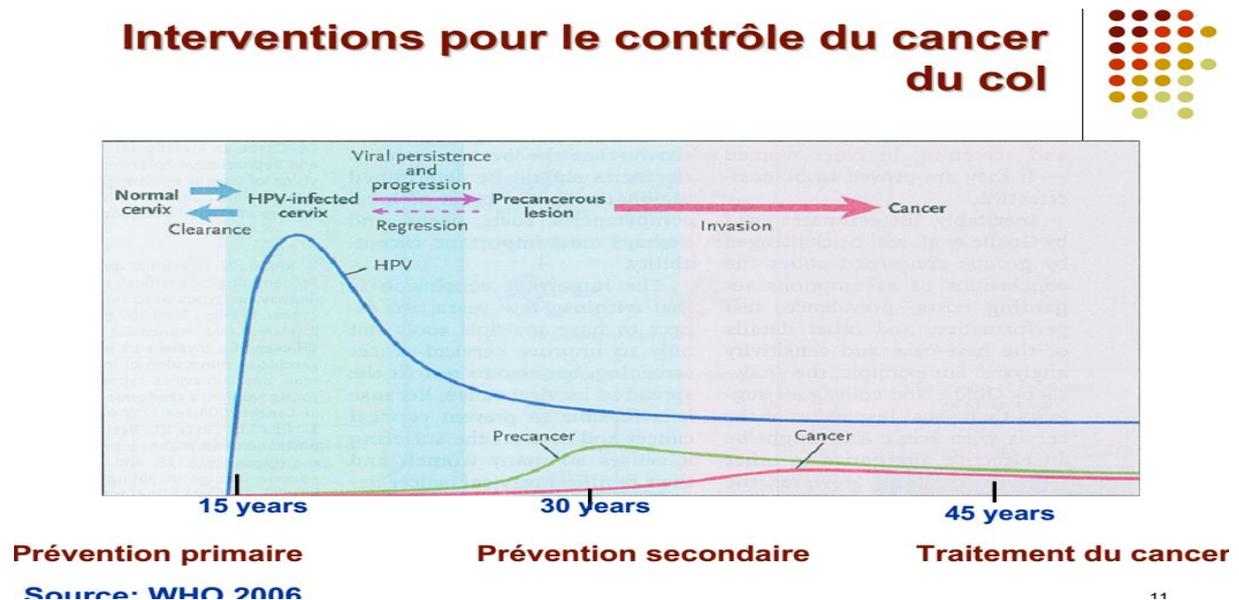


Figure 2. La logique des interventions du cancer du col

a. PREVENTION PRIMAIRE

Sensibilisation

Elle consiste à l'éducation et à la sensibilisation dans le but de réduire l'exposition aux facteurs de risque

1. Personnes cibles : Adolescents et Adultes : Hommes et femmes

2. Canaux :

Quatre canaux de communications, à savoir :

- a. Personnel soignant
- b. Médias : TV, radio, journaux
- c. Réseaux sociaux
- d. Associations féminines, ONG, Églises, agents communautaires

Les jeunes seront formés et sensibilisés en milieux scolaires et dans toutes les autres structures d'encadrement des jeunes (Eglises, associations, ONG, médias, réseaux sociaux...).

Les adultes seront formés et sensibilisés aux niveaux des structures sanitaires, des églises, des associations, des ONG et des médias....

3. Contenu des Messages

a. Education sur les comportements à risque :

Sexualité responsable

- Faire comprendre à la population cible que :
 - ✓ l'infection à VPH se transmet d'une personne à l'autre par voie sexuelle ;
 - ✓ cette infection à VPH peut conduire plus tard au cancer du col utérin.
- Le VPH peut être évité grâce à la pratique d'une sexualité responsable :
 - ✓ l'abstinence ;
 - ✓ la fidélité ;
 - ✓ l'usage correct du préservatif.
- Eviter :
 - ✓ les rapports sexuels précoces (en dessous de 15 ans)
 - ✓ la multiplicité des partenaires sexuels et un partenaire à partenaires multiples.

b. Mythes et idées fausses sur le cancer du col utérin :

Il existe des idées fausses et mythes sur le cancer du col qu'il faut combattre, tels que la sorcellerie, la malédiction...

c. Informations correctes sur le cancer du col sont les plus importantes à être diffusées dans les activités de sensibilisation.

d. Importance et disponibilité du dépistage précoce du cancer

Vaccination contre le VPH

A ce jour, il existe 2 vaccins contre le VPH : CERVARIX (bivalent 16 et 18) et GARDASIL (quadrivalent 16, 18, 6 et 11) possédant une efficacité (96 à 100%) scientifiquement démontrée sur la prévention contre les VPH (16 et 18). Ces vaccins sont recommandés dans notre pays. Ils seront administrés aux filles avant leurs premiers rapports sexuels.

La population cibles est constituée de jeunes filles de 9 à 13 ans avec possibilité d'un rattrapage à 25 ans.

a. PREVENTION SECONDAIRE (Détection précoce de la maladie)

L'objectif du dépistage est de détecter des lésions précancéreuses qui, en l'absence de traitement, peuvent évoluer vers le cancer. Les femmes chez lesquelles on détecte des anomalies du col à l'occasion du dépistage seront suivies pour poser le diagnostic précocement et assurer une prise en charge adéquate, 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 cytologique 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, et la recherche de DNA du VPH par biologie moléculaire) sont prometteurs. 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 en continuité avec un bon système de suivi, de traitement de qualité au stade précoce de la maladie. La couverture de ce dépistage devra prendre une grande partie du pays si pas tout le pays.

Organisation du dépistage

a. Tests de dépistage

Pour la RDC 3 tests de dépistage ci-dessous peuvent être retenus :

1. La Cytologie conventionnelle :

Ce test consiste à prélever un échantillon de cellules à analyser, d'abord dans la zone de remaniement du col, à l'aide d'une spatule d'AYRE ou d'une brosse (première lame), complété par le ramassage des cellules au niveau du cul de sac postérieur du vagin (deuxième lame). Le prélèvement doit concerner toute la zone de jonction entre l'exocol et l'endocol, car c'est à cet endroit que se développent presque toutes les lésions de haut grade. Les cellules sont ensuite étalées sur une lame porte objet, puis immédiatement fixées au moyen d'une solution de méthanol ou d'alcool éther (spray) 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 et les classer de façon appropriée, à l'aide du système Bethesda.

Le frottis cytologique est la méthode de 1^{er} choix du fait que son efficacité a été démontrée par ses excellentes sensibilités et spécificités. Mais il rencontre néanmoins quelques difficultés et non les moindres qui sont, l'insuffisance en ressources humaines et en infrastructures des laboratoires.

2. L'inspection visuelle directe par application de l'acide acétique ou du Lugol (IVA et IVL) :

Elle consiste à une inspection visuelle directe du col sans grossissement grâce au badigeonnage du col par une solution, soit d'acide acétique ou vinaigre (IVA), ou soit de Lugol (IVL). En cas d'IVA, ce test est dit positif si la zone cervicale observée prend la coloration blanchâtre, dans le cas contraire, il est dit négatif. Alors qu'en cas d'IVL, le test est dit positif, si la zone cervicale observée ne prend pas la couleur du Lugol (couleur brune) et qu'elle est moutarde ou jaune safran. Il est par contre dit négatif quand la zone cervicale examinée prend la couleur brune ou brun acajou du Lugol. Cependant l'épithélium cylindrique normal ne prend pas du Lugol et il reste rose tandis que l'épithélium malpighien

prend une coloration marron ou noire. L'IVA et l'IVL sont des méthodes très simples à apprentissage aisé peu onéreuse et accessible à tous les milieux.

Les méthodes d'inspection visuelle sont celles qui seront les plus utilisées, elles conduiront à un prélèvement biopsique systématique avant tout traitement.

Ces deux méthodes préconisées ci –dessus pour le dépistage peuvent être pratiquées par les médecins et à défaut par les sages-femmes et les infirmiers polyvalents moyennant une formation.

3. Les Tests de recherche de l'ADN du VPH :

Ils consistent à déterminer la présence ou non des souches cancérigènes du VPH au sein des cellules prélevées sur le col. Elles sont des méthodes prometteuses et sont recommandés chez les femmes de plus de 30 ans.

Le test de recherche d'ADN de VPH sera fait au niveau des structures spécialisées et pour l'instant, l'INRB et le laboratoire anatomopathologique des Cliniques Universitaires de Kinshasa, restent les structures de référence nationale pour implémenter ce test.

Personnes cibles

Toutes les Femmes âgées de 25 ans à 65 ans constituent le groupe cible du dépistage du cancer du col.

Rythmes du dépistage

- Premier test négatif :
 - personnes âgées de moins de 50 ans, prochain dépistage après 3 ans,
 - personnes âgées de plus de 50 ans, prochain dépistage après 5ans.
- Après un test positif : prise en charge par un médecin ou orientation vers une structure compétente de prise en charge.

ii.Types de dépistage

Il existe 2 types de dépistage à savoir le dépistage organisé et opportuniste

Dépistage organise

Le dépistage organisé du cancer du col utérin est conçu pour atteindre le plus grand nombre possible de femmes à risque au cours d'une période bien définie. C'est le dépistage de masse.

Un programme de dépistage organisé de cancer du col doit préciser :

- la population cible : 25 à 65 ans ;
- la fréquence du dépistage : une fois/ an et tout les trois ans pour ceux qui sont négatif ;
- les objectifs de couverture : 80% de la population cible ;
- le procédé employé pour inciter les femmes à se présenter aux services de dépistage ;
- le(s) test(s) utilisé(s) : IVA ou IVL et frottis conventionnel;
- les stratégies adoptées pour faire en sorte que toutes les femmes dont le test est positif soient informées du résultat, immédiatement ou lors d'un rendez- vous ;

- 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 utérin 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 utérin. Il s'agit d'intégrer les activités de dépistage dans les activités de routine des structures sanitaires : consultation clinique, CPN, CPoN, CPS, PF, et PEC médicale des SVS.

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.

METHODES DE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est basé sur une bonne évaluation clinique et para clinique.

L'examen histologique apporte un diagnostic de certitude. La détermination du stade et du pronostic clinique font appel à d'autres examens en vue d'un bilan d'extension. Certains sont obligatoires, tels la radiologie du thorax, l'UIV, la cystoscopie, la rectoscopie et l'échographie abdomino-pelvienne et d'autres sont recommandés, notamment le scanner, l'IRM,...

Deux méthodes diagnostiques seront retenues pour notre stratégie :

1. La colposcopie utilisée seule : son efficacité est légèrement faible par rapport à l'analyse histologique.
2. L'analyse histologique d'un échantillon obtenu par biopsie orientée par la colposcopie ou à défaut par l'IVA ou IVL. En ce qui concerne l'endocol, l'échantillon sera obtenu grâce au curetage endocervical.

TRAITEMENT

La première étape de la prise en charge est la détermination du stade de la maladie. Il est possible de guérir le cancer du col à condition que la PEC soit précoce. L'accès précoce au traitement améliore considérablement le pronostic et le taux de survie.

5.1. Traitement des lésions précancéreuses

La prise en charge des lésions précancéreuses est fonction des types des lésions. En suivant la classification de Bethesda, ces lésions sont de deux types :

Bas grade : CIN1 (dysplasie légère)

Haut grade : CIN2 (dysplasie modérée) et CIN3 (dysplasie sévère)

Il existe deux méthodes de traitements des lésions précancéreuses :

Méthodes de destruction : cryothérapie et vaporisation au laser ;

Méthodes d'exérèse : RAD, Conisation à froid.

Pour la stratégie, nous recommandons les méthodes suivantes selon que la femme a encore le désir de maternité ou pas :

A. Pour les femmes ayant encore le désir de maternité le traitement sera conservateur :

Exérèse de la lésion :

RAD ;

Amputation du col ;

Résection par lame de bistouri ;

Conisation (bistouri manuel ou électrique) ;

Destruction des lésions :

Cryothérapie de préférence au CO₂ sinon à l'Azote liquide ;

Vaporisation au laser.

NB : Ces femmes sont soumises à une surveillance rigoureuse

B. Pour les femmes sans désir de maternité le traitement radical sera de mise en cas des lésions intra épithéliales de haut grade (LIEHG) : hystérectomie totale inter annexielle.

5.2. Traitement des lésions cancéreuses

Le mode de traitement et l'issue de la maladie sont déterminés par le stade du cancer ou l'étendue de la maladie : le cancer invasif du col doit être traité par des spécialistes dans des structures de soins tertiaires,

La chirurgie et la radiothérapie associées ou non à la chimiothérapie représentent les principales méthodes de traitement du cancer du col utérin.

Les lignes qui suivent font un rappel de la classification clinique du cancer du col selon la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO)

Classification du cancer du col utérin selon FIGO

Pour déterminer le stade ou l'étendu d'un cancer, nous allons utiliser la classification selon la Fédération Internationale des Gynécologie Obstétrique (FIGO) qui est la suivante :

Stade 0 : Carcinome in situ (CIS), néoplasie cervicale intra épithéliale CIN3

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

Stade I : *Carcinome limité strictement au col de l'utérus.*

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

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

Stade 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 : environ 95%.

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

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

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

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

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

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

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

IIIA : Invasion du tiers inférieur du vagin, sans extension à la paroi pelvienne. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : environ 30%.

IIIB : Extension à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : environ 30%.

Stade IV : *Dissémination du cancer.*

IVA : Extension à la muqueuse de la vessie et du rectum. Survie à 5 ans avec un traitement optimal : environ 10%.

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

Traitement du cancer du col de l'utérus en fonction du stade

Traitement du carcinome micro invasif : Stades IA1 et IA2

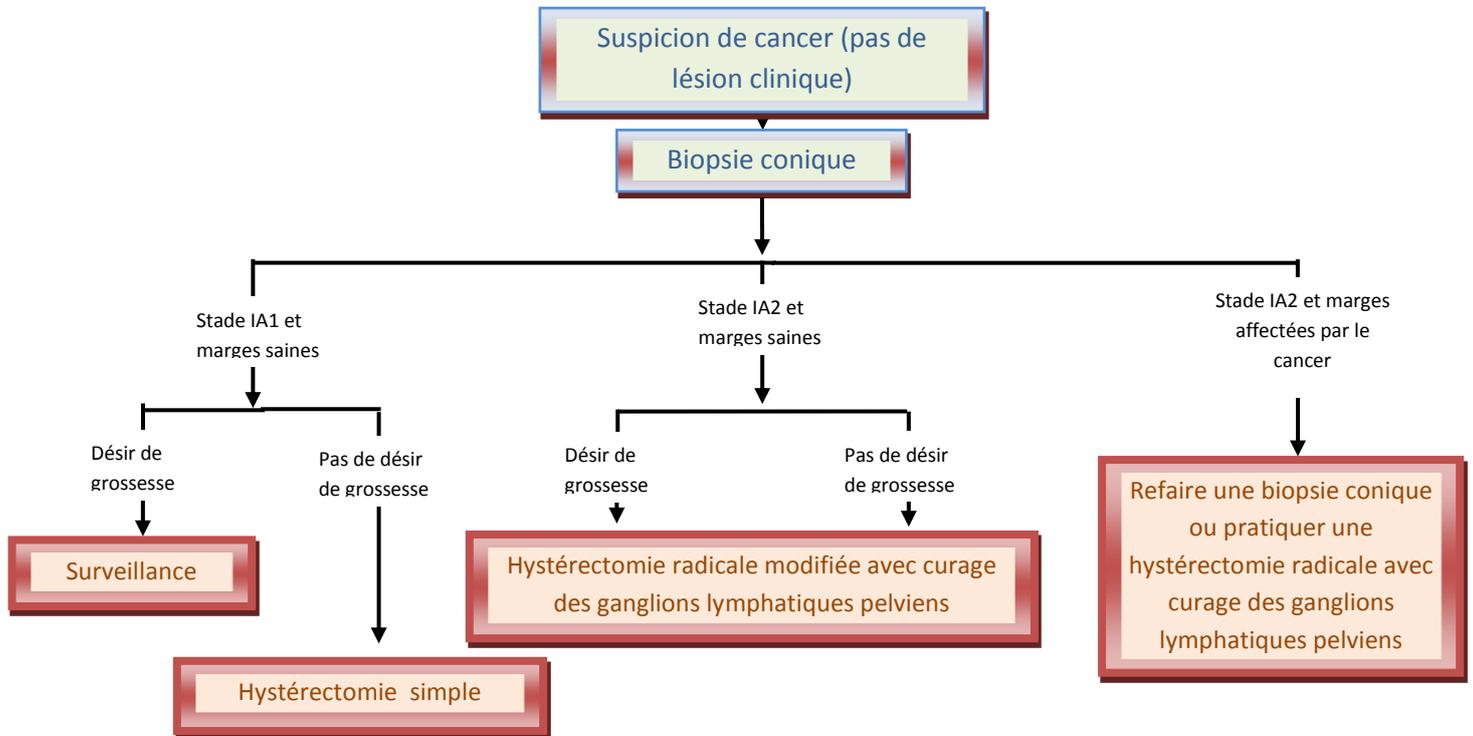


FIGURE1. Traitement du carcinome micro invasif : Stades IA1 et IA2

Traitement des stades précoces du cancer invasif : Stades IB et IIA

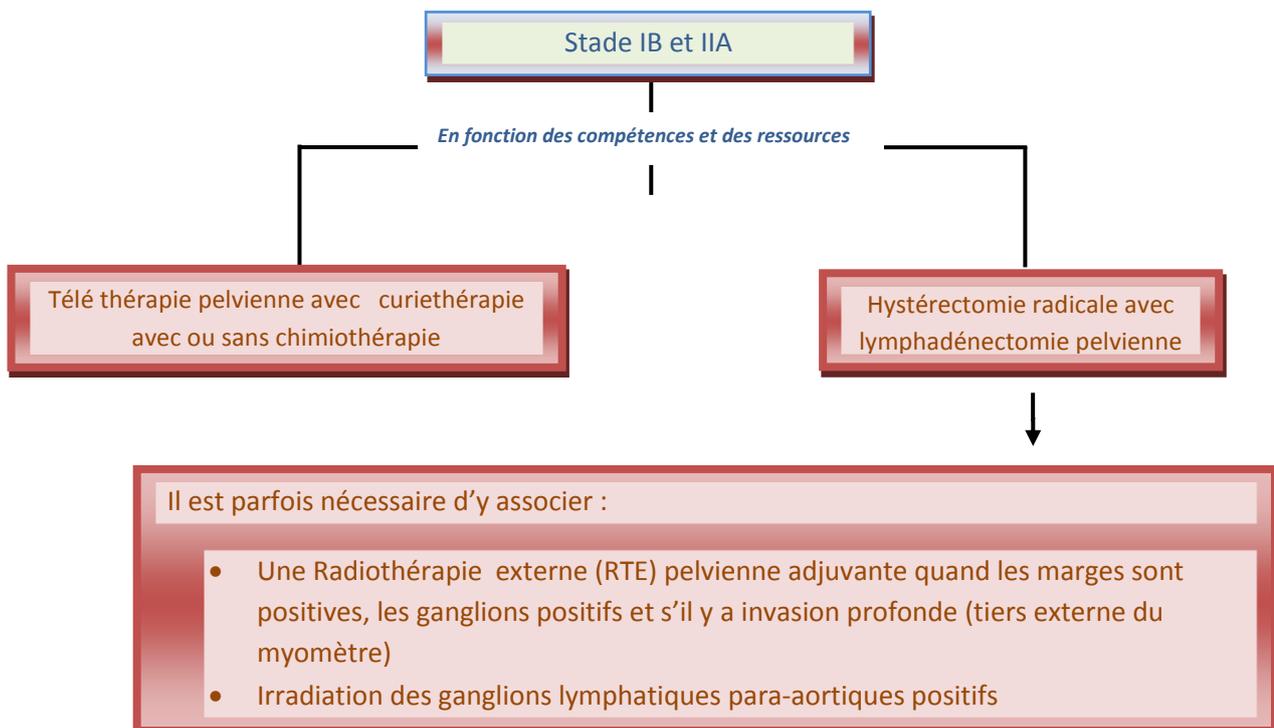


Figure 2 : Schémas du traitement des stades précoces du cancer invasif : Stades IB et IIA

Traitement des stades avancés de la maladie : **Stades IIB-IIIIB :**

Ces patientes doivent être traitées par radiothérapie radicale (à visée curative), comportant télé thérapie et curiethérapie. Le rôle de la chimiothérapie n'a pas encore été prouvé dans le contexte des pays en développement

Traitement du cancer invasif de **stade IVA :**

A ce stade le traitement est constitué de la Télé thérapie et/ou curiethérapie de la région pelvienne

Traitement du **Stade IVB** et de la récurrence

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.

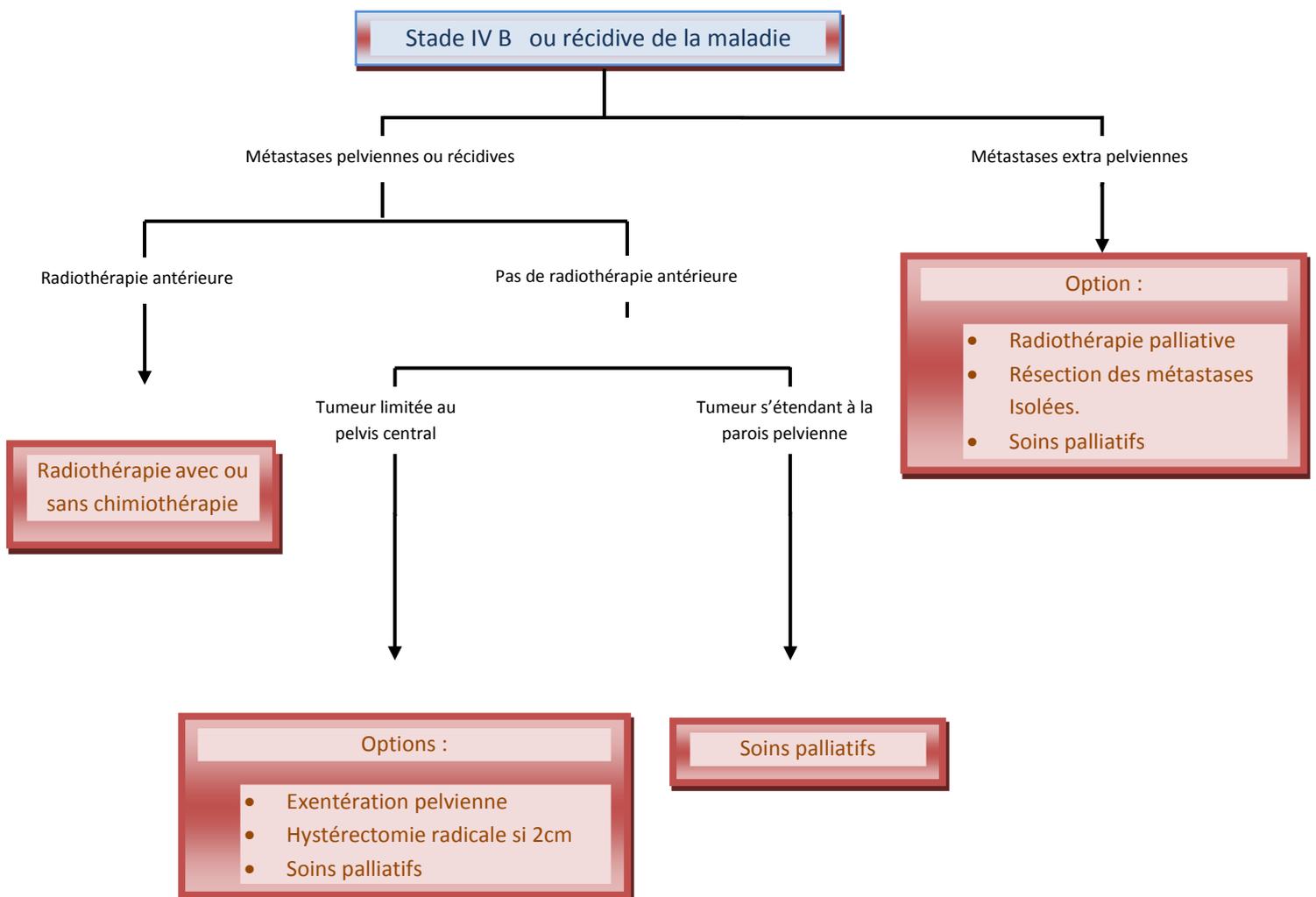


FIGURE 3. Traitement du Stade IVB et de la récurrence

NB : 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.

SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus administrés dans une approche globale et individualisée aux personnes atteintes de maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

Les soins palliatifs ont pour but de prévenir ou de soulager les symptômes physiques dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ces soins palliatifs sont administrés par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile¹⁴.

A cet effet, voici les axes principaux des soins palliatifs recommandés dans cette stratégie :

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 par la morphine et ses dérivés dans 90% des cas.

Soutien psychologique, social et spirituel : c'est un aspect important des soins palliatifs qui exige de la part des prestataires de soins compétents et le 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.

Quant aux soins à domicile, les structures décrites ci-haut doivent étendre leur activité jusqu'au domicile des malades. Par ailleurs la famille doit être formée pour contribuer également à l'administration des soins palliatifs. Pour éviter une certaine stigmatisation des unités des soins palliatifs au sein de nos structures, un modèle intégré au sein de l'hôpital avec une équipe interdisciplinaire qui intervient en deuxième ligne des soignants dans tous les services où sont hospitalisés les malades éligibles est proposé.

¹⁴ Lansac, 2002

B.CANCER DU SEIN

1. ETIOPATHOGENIE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est une tumeur maligne développée aux dépens des différents tissus de la glande mammaire. Les facteurs de risque suivants sont retenus :

1.1. Facteurs hormonaux :

Exposition prolongée aux œstrogènes endogènes (puberté précoce, ménopause tardive) ou exogène (prescription prolongée des œstrogènes dans le traitement hormonal substitutif chez la femme ménopausée).

Facteurs liés à la reproduction :

Absence de mener la grossesse à terme prédispose à faire le cancer du sein.

Maternité tardive (l'âge de la femme à la 1^{ère} grossesse supérieur à 35 ans),

Le non allaitement maternel prédispose au cancer : plus la durée de l'allaitement est longue, plus la femme est protégée contre le cancer du sein.

Facteurs génétiques, épi génétiques, environnementaux, démographiques :

L'existence des antécédents familiaux de cancer du sein joue un rôle déterminant : cancer du sein chez un parent de 1^{er} degré ou encore dans la fratrie proche (mère, frère ou sœur, fille, tante, grand-mère,...)

Les femmes porteuses des gènes suppresseurs BRCA1 et BRCA 2, courent plus de risque de développer le cancer de sein dans leur existence, ainsi que la mutation du gène P53.

Les radiations ionisantes le plus souvent avant l'âge de 40 ans : RX,

L'exposition aux perturbateurs endocriniens : les pesticides, le bisphénol A, agents ignifuge bromés phtalates et autres

L'âge est un facteur de risque incontestable dans le développement du cancer du sein : la fréquence augmente avec l'âge (le pic se situe autour de 55-60 ans).

Femmes multipares ayant dépassé 50 ans.

Facteurs liés aux habitudes de vie et de nutrition : obésité, sédentarité, manque d'exercice physique, consommation excessive des graisses surtout animales, consommation de l'alcool, le niveau socio- économique élevé augmentent le risque de développer le cancer du sein

Facteurs liés aux antécédents personnels du sein :

Les maladies bénignes du sein dont certains types comme la tumeur phyllode peuvent dégénérer en cancer (femmes avec mastopathies bénignes chroniques)

Femmes avec antécédents personnels de cancer du sein ou autres,

2. HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein atteint plus volontiers le sein gauche et le quadrant supéro- externe de la glande. Il naît à partir d'une cellule d'un lobule sécrétoire ou d'un canal galactophore¹⁵.

Le temps de dédoublement est estimé à 3 mois en moyenne, avec des extrêmes allant d'une semaine à 1 an. On considère qu'il faudra en moyenne 10 ans avec des extrêmes de 1, 5 à 20 ans avant que la tumeur devienne cliniquement palpable, soit 1 cm environ.

La tumeur fait 1 milliard de cellules et 3 millions de cellules cancéreuses sont déversées dans le sang ou la lymphe toutes les 24 heures. Ce fait explique que les métastases soient en place au moment du diagnostic clinique mais trop petites pour être détectables.¹⁶

Les métastases se font par voie veineuse et lymphatique vers les os, le poumon, la plèvre, le foie et le cerveau. La dissémination métastatique dépend de plusieurs facteurs dont la taille de la tumeur, le nombre des ganglions envahis, le grade histologique et le temps de dédoublement de la tumeur.¹⁷

Le cancer du sein est donc une maladie générale. On aurait tort de croire que le cancer du sein est une maladie d'abord locale puis régionale lorsqu'il y a envahissement des ganglions, puis générale lorsqu'il y a des métastases. Le carcinome mammaire étant une maladie générale, aucun traitement local (chirurgical ou radio thérapeutique) ne lui est suffisant.

PREVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire dans la lutte contre le cancer de sein, est constituée principalement des mesures d'éducation à la santé et de communication pour le changement de comportement, agissant essentiellement sur les facteurs d'hygiène de vie ainsi que les facteurs hormonaux :

Lutter contre l'obésité par une alimentation équilibrée : éviter les aliments gras, surtout les graisses animales, encourager la consommation des fruits et légumes ;

Eviter une consommation excessive d'alcool ;

Eviter la sédentarité en pratiquant du sport modéré (ex : la marche pendant 45 mn à 1h, 2 à 3 fois par semaine) ;

¹⁵ Lansac et al. 2002

¹⁶ Lansac et Al 2002

¹⁷ Lansac et Al 2002

Assurer le suivi des femmes sous oestro-progestatifs ;

Modérer la prise des oestro-progestatifs dans le traitement substitutif de la ménopause, dans la durée et le choix des médicaments : le principe de traitement à courte durée doit être la règle ;

Encourager l'allaitement maternel au moins pendant 12 mois ;

Assurer une surveillance accrue et régulière des femmes à haut risque de cancer du sein aiderait dans la prévention. Ce sont :

des femmes avec antécédents de cancer de sein ou autres ;

des femmes avec antécédents familiaux de cancer de sein de 1^{er} degré ;

des femmes avec mutations géniques BRCA1, BRCA 2 (dans la mesure du possible...).

PREVENTION SECONDAIRE

La détection précoce de la maladie nécessite une éducation et une sensibilisation préalable de la population cible. Elle permettra le diagnostic précoce devant assurer une meilleure prise en charge (PEC) du cancer du sein avec des résultats meilleurs. Dans la politique sanitaire actuelle, deux procédés sont utilisés pour détecter précocement le cancer du sein :

Dépistage précoce

Diagnostic précoce

4.1. Dépistage précoce

Il existe 5 méthodes de dépistage précoce à savoir:

Auto examen mensuel des seins, de préférence après les règles ;

Examen clinique du médecin une fois l'an ;

Mammographie :

Indiquée en 1^{ère} intention aux femmes des groupes à risque qui sont :

Femmes avec antécédents personnels de cancer du sein ou autres cancers ;

Femmes avec antécédents familiaux de cancer du sein ;

Femme âgée de 35 ans ou plus ;

Femmes réunissant un ou plusieurs facteurs à risque ci-haut cités.

Périodicité recommandée pour la mammographie :

Chez les femmes avec risque avéré du cancer du sein : chaque année à partir de 35 ans ;

Chez les femmes entre 40 et 60 ans : tous les deux ans ;

Chez les femmes au-delà de 60 ans ; tous les trois ans.

Echographie : chez les femmes jeunes à seins denses (moins de 25 ans et celles de moins de 35ans qui n'ont pas encore accouchées)

IRM : c'est l'examen idéal, mais cependant onéreux.

4.2. Diagnostic précoce

C'est la détection de la tumeur au stade de début des manifestations cliniques de la maladie.

Il est basé sur la mise en évidence effective des critères de malignité confirmant la maladie chez les femmes présentant des signes évocateurs. Pour ce faire, on procède au :

BILAN CLINIQUE

L'anamnèse : il s'agit généralement d'une patiente qui vient consulter pour :

une douleur mammaire,

un écoulement mamelonnaire anormal unilatérale et uni-orificiele (souvent sanglant)

un nodule de moins d'un cm de diamètre ;

L'examen physique des seins et des aires ganglionnaires généralement concernés (axillaires, sus claviculaires homolatérales et controlatérales ainsi que mammaire interne homolatérale) : cet examen découvre un nodule indolore : parfois c'est une découverte fortuite.

BILAN PARACLINIQUE

Mammographie,

Echographie,

Analyses biologiques : détection des marqueurs tumoraux : CA15-3, ACE ...

Classification radiologiques¹⁸ :

ACR0 : des investigations complémentaires sont nécessaires

ACR1 : mammographie normale

¹⁸ Haute autorité de santé 2010 : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique : cancer du sein

ACR2 : il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire

ACR3 : il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée

ACR4 : il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique

ACR5 : il existe une anomalie évocatrice d'un cancer

DIAGNOSTIC

5.1. Les méthodes diagnostiques

Les méthodes diagnostiques du cancer du sein sont :

La cyto-ponction à l'aiguille fine. Elle peut être négative, cela n'exclut pas la présence éventuelle d'un cancer du sein.

La biopsie des lésions suspectées à la mammographie et/ou à l'échographie, (cette dernière étant essentiellement indiquée chez les jeunes femmes de moins de 25 ans et celles de moins de 35 ans qui n'ont pas encore accouchées ; on utilise plusieurs techniques : biopsie au mammotome, au trocart, biopsie exérèse. Elle peut être écho-guidée ;

L'analyse anatomopathologique de la pièce prélevée dont le résultat confirme ou infirme le diagnostic du cancer du sein et en précise la nature histologique. Dans le même temps une analyse immuno histochimique déterminera si le type de cancer en présence exprime des récepteurs hormonaux oestrogénique et progesteronique. La surexpression de l'oncogène HER 2 doit être également demandée tout comme le Ki67. Certains types de cancers du sein exigent la recherche de l'E-CADHERINE (le carcinome lobulaire).

L'IRM mammaire avec produit de contraste, précise le degré d'une anomalie infra clinique dans les circonstances où les prélèvements diagnostiques ne sont pas contributifs. Elle est aussi indiquée dans le bilan standard à la recherche du cancer du sein parce qu'elle permet de trouver le cancer du sein dans 50% des cas chez les patientes présentant des métastases ganglionnaires axillaires même avec échographie et mammographie normales

Bilan d'extension

Le bilan d'extension est indispensable pour apprécier le stade clinique de la maladie afin de permettre la classification, la stadification et d'en déterminer la stratégie de prise en charge.

Ce bilan d'extension vise essentiellement la recherche des lésions métastatiques au niveau des sites électifs. Il comprendra les examens suivants :

La radiographie standard du thorax face ;

L'échographie abdomino-pelvienne à la recherche des métastases hépatiques et abdominopelviennes ;

Computer Tomodensitometry (CT SCAN) abdominal, cerebral ;

L'IRM ;

La Scintigraphie ;

La Positron Emission Tomodensitometry : (PET SCAN) ;

CLASSIFICATION DES CANCERS DU SEIN

La classification peut être :

a. Clinique ou classification **CTNM**. C'est la classification de référence basée sur 3 éléments :

T = Taille de la tumeur ;

N = Présence ou non des adénopathies ;

M = Existence ou non des métastases.

Stade I : **T1N0M0** ou **T2N0M0**

Stade II: **T1N1M0** ou **T2N1M0**

Stade III : **T3** ou **T4**, **N2** ou **N3** et **M0**

Stade IV : **M1**

Histopathologique **PTNM** et **SBR(EE)**

GRADE	SCORE TOTAL	DESCRIPTION
I	3 à 5	Tumeur de bas grade (bien différenciée) qui ne semble pas se développer rapidement et qui n'est pas susceptible de se propager
II	6 à 7	Tumeur de grade intermédiaire (modérément différenciée) dont les caractéristiques varient entre celles des tumeurs de grade 1 et de grade 3
III	8 à 9	Tumeur de haut grade (peu différenciée) qui a tendance à se développer rapidement et qui est susceptible de se propager

FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES DU CANCER DU SEIN :

Envahissement ganglionnaire ;

Grade histopronostique : SBR ;

Taille de la tumeur ;

Nombre des mitoses ;

Ki67 ;

HER2 ;

Les récepteurs hormonaux (RO, RP) ; Ils permettent de faire la classification moléculaire du cancer du sein comprenant 4 classes ci-après

Classification moléculaire des cancers du sein¹⁹

Critères	Luminal A	Luminal B	HER 2	Basal
Clinico-pathologiques	Réponse à l'hormonothérapie. Meilleur pronostic que Luminal B	Réponse variable à l'hormonothérapie, réponse plutôt à la chimiothérapie	Haut grade souvent N ⁺ Réponse au Trastuzumab et aux anthracyclines	Haut grade. Réponse aux sels de platine et aux inhibiteurs de PARP Mauvais pronostic
Immono-histochimie	RE+/RP+/HER 2 – Ki 67 < 14%	RE+/RP+/HER 2 + Ou RE+/RP+/HER 2-Ki 67 > 14 %	RE-/RP-HER 2 +	RE-/RP-/HER 2 t CK 5/6 et/ou EGFR +

TRAITEMENT DU CANCER DE SEIN

La prise en charge thérapeutique (PEC) du cancer du sein nécessite une préparation psychologique préalable en expliquant les modalités thérapeutiques utilisées et les éventuels effets secondaires. Elle exige une concertation pluridisciplinaire pour dégager la stratégie de PEC effective adaptée à chaque cas.

¹⁹ memento de pathologie, ouvrage collectif sous la direction de Camilo Adem et Thomas Petit, Paris, 2010, 3^{ème} édition, P 247.

Classiquement, Il existe 4 moyens thérapeutiques associés plus ou moins à l'hormonothérapie :

la chirurgie ;

la radiothérapie ;

la chimiothérapie et ou l'hormonothérapie.

Immunothérapie (trastuzumab) ou thérapie ciblée

La chirurgie

Elle comporte plusieurs techniques choisies selon le stade de la maladie.

Les interventions actuellement utilisées:

Stade I (T2N0M0) : mastectomie simple : ablation de la glande.

Stade II et III : mastectomie + curage ganglionnaire selon la technique de PATEY (ablation de la glande mammaire avec conservation des muscles pectoraux + curage ganglionnaire axillaire).

Chirurgie préventive des états précancéreux types CCIS et CLIS : faire une mastectomie simple ou une tumorectomie en tenant compte de l'âge de la patiente.

Tumorectomie curage : on enlève la tumeur + curage ganglionnaire. C'est un traitement conservateur pour les tumeurs de moins de 2 cm de diamètre ; elle doit **toujours** être associée à la radiothérapie dans le **cadre d'un traitement conservateur** tant désiré par les patientes. On peut rechercher le ganglion sentinelle par le détecteur gamma pour faire le picking pour un examen histopathologique de la pièce prélevée.

La reconstruction mammaire fait parti du traitement et doit être encouragée

La radiothérapie

C'est une technique qui permet le contrôle locorégional de la maladie en stérilisant les micro-métastases. Elle est utilisée à 2 visées : curative et palliative

Curative :

Elle peut être néo adjuvante :

Pour réduire le volume tumoral d'une lésion initialement non opérable,

Elle peut précéder la chirurgie ou lui être adjuvante dans le cadre d'un traitement conservateur ;

Elle est curative adjuvante relayant la chirurgie et ou la chimiothérapie.

Palliative :

Indiquée dans le cas des tumeurs localement avancées

Chimiothérapie :

Elle est poly chimiothérapique et peut être :

Néo adjuvante (avant tout autre thérapie) à visée cyto réductrice, notamment pour des tumeurs très volumineuses ou métastatiques ganglionnaires ;

Adjuvante : donnée en relais de la chirurgie et de la radiothérapie.

IL existe plusieurs protocoles en RDC, compte tenu des travaux faits dans ces domaines, les protocoles suivants peuvent être retenus :

CMF (cyclo phosphamide, méthotrexate, 5 Fluoro-uracile),

FAC (5 Fluoro-uracile, Adriamycine, cyclo phosphamide),

FEC (5 Fluoro-uracile, Epirubicine , cyclo phosphamide).

Palliative : dans des tumeurs très évoluées et ou métastatiques.

N.B. : il est toujours indiqué de faire un bilan pré chimiothérapie : taux des plaquettes, réticulocytes, échographie abdomino-pelvienne, fonction hépatique et rénale.

Hormonothérapie :

Elle est exclusivement indiquée dans les tumeurs avec récepteurs hormonaux positifs (tumeurs hormono-dépendantes).

Il y a plusieurs types d'hormonothérapie :

Les anti-estrogènes : parmi lesquels le Tamoxifène est le chef de file : En RDC, plus de 80% des cancers mammaires sont des cancers hormonodépendants (RE+RP+, RE+RP-) HER- et qui répondent favorablement au schéma CMF

Les anti- aromatases : indiquées chez les femmes ménopausées

Immunothérapie

Dans les tumeurs à HER2 positives (très agressives), le traitement de choix c'est Trastuzumab qui est un anticorps monoclonal.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus administrés dans une approche globale et individualisée aux personnes atteintes de maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

Les soins palliatifs ont pour but de prévenir ou de soulager les symptômes physiques dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ces soins palliatifs sont administrés par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile²⁰.

A cet effet, voici les axes principaux des soins palliatifs recommandés dans cette stratégie :

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. 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 : la douleur est soulagée par la morphine et ses dérivés dans 90% des cas

Soutien psychologique, social et spirituel : c'est un aspect important des soins palliatifs qui exige de la part des prestataires de soins compétents et le sens de la communication. Le rôle du psychologue est ici prépondérant dans l'équipe de PEC.

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.

Quant aux soins à domicile, les structures décrites ci-haut doivent étendre leur activité jusqu'au domicile des malades. Par ailleurs la famille doit être formée pour contribuer également à l'administration des soins palliatifs. Pour éviter une certaine stigmatisation des unités des soins palliatifs au sein de nos structures, un modèle intégré au sein de l'hôpital

²⁰ Cerxhe F, Trouveroy V

avec une équipe interdisciplinaire qui intervient en deuxième ligne des soignants dans tous les services où sont hospitalisés les malades éligibles est proposé.

Annexe 2.

SUPERVISION

La supervision est une fonction managériale qui doit se réaliser à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les attributions de chacun. Les supervisions formatives sont encouragées à tous les niveaux pour améliorer les compétences des supervisés.

Tableau III : Niveaux, responsabilités et périodicité des supervisions

NIVEAU	SUPERVISEUR	SUPERVISE	PERIODICITE
Central	Superviseur centraux	Chefs des bureaux / coordinateur provincial	Semestrielle
Intermédiaire	Chefs des bureaux / coordinateur provincial ECP	ECZS	Trimestrielle
Périphérique (CS/HGR/BCZS)	ECZS	IT, directeur du nursing	Mensuelle
Communauté	IT, AC	Relais communautaires	Mensuelle

Cette supervision doit répondre soit à un besoin bien identifié ou dans le respect d'une planification périodique. Elle doit se faire sur base d'un outil (check-list) élaboré et vulgarisé à cet effet par le PNSR, validé à la CTLM (Commission Technique de la Lutte Contre la Maladie) et adopté par le CCT (Comité de Coordination Technique).

Cet outil devra renseigner sur les activités menées en fonction du niveau de la pyramide, sur les résultats atteints et non atteints, sur les facteurs de succès et/ou d'échec. Un rapport sera diffusé et la retro information sera faite à la structure supervisée.

Le programme veillera à ce que le gradient de compétences du superviseur soit élevé par rapport à celui du supervisé.

EVALUATION DE LA LUTTE

Une évaluation des activités de lutte contre les cancers du col et du sein sera organisée une fois par an, passant en revue les principaux indicateurs des processus et des résultats, et les comparants avec les objectifs assignés en vue de proposer des orientations correctrices.

Une équipe mixte composée du, PNSR, de la Direction de la lutte contre la maladie et différents partenaires sera chargée de faire cette évaluation.

Une évaluation externe sera faite deux ans après la mise en œuvre de cette stratégie, afin d'évaluer sa mise en œuvre, et de proposer de mesures correctrices efficaces.

Annexe3.

FICHE DE DECLARATION DE CAS DE CANCER

Dossier Médical/...../

N° d'enregistrement

Date de dépistage

Nom Post Nom

Prénom

SEXE Profession

Lieu de Naissance Date de Naissance /_/_/___/

Lieu de résidence

Localisation de la tumeur Date de la 1^{re} consultation/_/_/___/

Degré d'extension

Résultats de l'analyse de l'anatomo-pathologie
.....
.....

Lieu de prise en charge

Antécédents personnels du cancer OUI NON

Antécédents personnels généraux OUI NON

Antécédents familiaux du cancer OUI NON

Date de diagnostic /_/_/___/

Date de décès /_/_/___/

Survie :

Annexe 4.

FICHE D'ENREGISTREMENT D'UN CAS/REGISTRE DE CANCER

PROVINCE :

SERVICE HOSPITALIER :

1. Numéro d'identification du registre du cancer

2. Numéro d'enregistrement de la tumeur

3. N°id personnelle

4. Noms :

4a. Groupe ethnique 4b. Religion.....

4c. Professions :

5. Sexe 1 = Masculin
2 = Féminin
9 = Non précisé

6. Date de naissance : / / /

7. Lieu de naissance :

8. Adresse :

..... 1 = Célibataire 2 = Divorcé
..... 3 = Marié 4 = Veuf (veuve)

9. Situation matrimoniale

10. N° télép

11. Age à la première consultation ou admission 1 = Moins s'un an 2 = 1 à 97 ans
3 = 98 ans et plus 4 = Non précisé

12. Date du diagnostic initial du cancer / / /

13. Date première consultation ou admission pour cancer à l'hôpital déclarant le cas : / / /

13a. Raison de la venue du malade 1 = Conseils 2 = Dépistage 3 = Diagnostic 4 = Traitement initial
5 = Traitement complémentaire 6 = traitement secondaire
8 = Aucun raisons à préciser 9 = Non précisé

14. Diagnostic et traitement antérieurs effectués ailleurs 1 = Néant
2 = Diagnostic médical seulement, mais non traité
3 = Diagnostic ailleurs, mais non traité
4 = Diagnostic ailleurs et traité
5 = Non précisé

15. Numéro du dossier hospitalier :

16. Examens diagnostiques servant de base à l'établissement du traitement

A	B	C
---	---	---

A

B

C

17. Base plus valable du diagnostic du cancer

Examens non microscopiques :

- 1 = Examen clinique seulement
- 2 = Examen para clinique (RX, Isotopes, Endoscopie, Angiographie, etc.)
- 3 = Chirurgie exploratoire ou autopsie, mais sans histologie
- 4 = Test biochimiques et/ou immunologiques spécifiques

- 1 = Endoscopie
- 2 = Chirurgie exploratoire
- 3 = 1+2
- 4 = Cytologie et/ou hématologie
- 5 = 1+4
- 6 = 2+4
- 7 = 1+2+4
- 8 = Aucun de ces examens

Examens microscopiques :

- 6 = Histologie des métastases
- 7 = Histologie de la tumeur primitive
- 8 = Autopsie avec histologie concourante ou antérieure
- 9 = Non précisé

- 1 = Histologie des métastases
- 2 = Histologie de la tumeur primitive
- 3 = 1+2
- 4 = Autres examens (à préciser)
- 5 = 1+4
- 6 = 2+4
- 7 = 1+2+4
- 8 = Aucun de ces examens
- 9 = Non précisé

18. Localisation primitive – Emploi du code topographique de la CIM-O

19. Type histologique : morphologie (MONTNAC/CIM/O)

20. Tumeurs primitives multiples 1 = Non 2 = Oui 3 = Douteux 4 = Non précisé

21. Extension clinique du cancer avant le traitement dans l'établissement déclarant le cas :

- 1 = In situ
- 2 = Localisé
- 3 = Extension directe
- 4 = Adénopathie régionale
- 5 = Extension directe avec adénopathie régionale
- 6 = Métastases à distance
- 7 = Sans objet
- 8 = Non précisé

21b. Localisation des métastases 0 = Pas de métastase 1 = Ganglions lymphatiques 2 = Système osseux
3 = Foi 4 = Poumons/plèvre 5 = cerveau 6 = Ovaires
7 = Peau 8 = Autres localisations/généralisées 9 = Inconnu

22. Traitement dans l'établissement déclarant 1 = Pas de traitement 2 = Acte chirurgical 3 = Radiothérapie 4 = 1+2
5 = Chimiothérapie 6 = 1+4 7 = 2+4 8 = 1+2+4
9 = Autre traitement (à préciser) 10 = Non précisé

22b. Chirurgie 1 = Symptomatique 2 = Palliative 3 = Curative radicale non achevée 4 = Curative radicale achevée 8 = Sans objet 9 = Non précisé

22c. Radiothérapie 1 = Symptomatique 2 = Palliative 3 = Curative non achevée 4 = Curative achevée 8 = Sans objet 9 = Non précisé

22d. Chimiothérapie 1 = Symptomatique 2 = Palliative 3 = Curative non achevée 4 = Curative achevée 8 = Sans objet 9 = Non précisé

22e. Hormonothérapie 1 = Suppression par chirurgie ou radiothérapie 2 = Thérapeutique d'appoint 3 = Thérapeutique antihormonale
8 = Sans objet 9 = Non précisé

22f. Chronologie du traitement : 1 = Chirurgie 2 = Radiothérapie 3 = Chimiothérapie
4 = Hormonothérapie 5 = Autre mode de traitement
9 = Traitement Inconnu

23. Description ultérieure de l'extension du cancer déterminée lors de l'intervention chirurgicale ou de l'autopsie 1 = In situ 2 = Localisé 3 = Extension directe 4 = Adénopathie régionale 5 = Extension directe avec adénopathie régionale
6 = Métastase à distance 7 = Sans objet (ni chirurgical, ni autopsie) 8 = Non précisé

24. Etat lors de l'examen de contrôle annuel

An 1	An 2	An 3	An 4	An 5	An 7	An 10	An 15
------	------	------	------	------	------	-------	-------

- 1 = Vivant, aucune manifestation de cancer
- 2 = Vivant, tumeur localisé
- 3 = Vivant, extension directe ou envahissement local
- 4 = Vivant, métastase à distance
- 5 = Vivant, tumeur primitive ultérieure découverte ou tumeur initiale découverte si elle était précédemment passée inaperçue
- 6 = Vivant, sans autre mention
- 7 = Pas d'examen de contrôle
- 8 = Décédé
- 9 = Non précisé

25. Date du décès /_/_/

26. Cause du décès (CIM)

27. Résultat de l'autopsie 1 = Pas d'autopsie 2 = Aucun signe de tumeur résiduel 3 = Localisation primitive révisée
4 = Diagnostic morphologique révisé 5 = Diagnostic confirmé 6 = Cas découvert à l'autopsie
7 = Diagnostic non confirmé 8 = Autopsie pratiqué, résultat non connu

28. Survie en mois /_/_/

9 = Aucune indication de l'exécution d'une autopsie

Annexe 6.

Tableau VIII. Répartition des outils par niveaux de la pyramide sanitaire

Niveaux	Outils
Communa uté	Fiche de notification cas par cas de cancer (cas suspects)
Centre de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiche et registre de consultation prénatale (CPN) 2. Fiche et registre de consultation post natale (CPON) 3. Fiche et registre de consultation de la planification familiale (PF) 4. Dossier médical et registre des survivants des violences sexuelles (SVS). 5. Fiche de consultation générale et registre des consultations médicales ; 6. Rapport SNIS du CS, 7. Fiche de notification cas par cas de cancer (cas suspects) 8. Fiche de déclaration de cas de cancer
HGR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiche et registre de consultation prénatale (CPN) 2. Fiche et registre de consultation post natale (CPON) 3. Fiche et registre de consultation de la planification familiale (PF) 4. Dossier médical et registre des survivants des violences sexuelles (SVS). 5. Fiche de consultation générale et registre des consultations médicales ; 6. Rapport SNIS HGR ; 7. Fiche de notification cas par cas de cancer (cas suspects) 8. Fiche de déclaration de cas de cancer 9. Fiche d'enregistrement de cas de cancer (cas confirmé)
BCZ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapport SNIS du BCZ ; 2. Registre de cancers (compilation des cas : BCZ, DPS, PNSR, DLM)
DPS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapport SNIS DPS ; 2. Registre de cancers (compilation des cas : BCZ, DPS, PNSR, DLM)
Hôpital spécialisé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiche et registre de consultation prénatale (CPN) 2. Fiche et registre de consultation post natale (CPON) 3. Fiche et registre de consultation de la planification familiale (PF) 4. Dossier médical et registre des survivants des violences sexuelles (SVS). 5. Fiche de consultation générale et registre des consultations médicales ; 6. Rapport SNIS ; 7. Fiche de notification cas par cas de cancer (cas suspects) 8. Fiche de déclaration de cas de cancer 9. Fiche d'enregistrement de cas de cancer (cas confirmé)
PNSR	Registre de cancers (compilation des cas : BCZ, DPS, PNSR, DLM)
DLM	Registre de cancers (compilation des cas : BCZ, DPS, PNSR, DLM)

Annexe 7

Liste des personnes ayant contribuées à l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre les cancers du col utérin et du sein.

DLM

Directeur KEBELA
DR BEYA EFINI
DR BULAMBO KYANGU
DR BIKUKU NKOMBO JOSEPH
AG GEORGES MONSANI
DR YOKA EBENGO
DR JUSTUS NSIO
MR FELIX MULANGU

PNSR

Directrice KYUNGU MARIE THERESE
DR LILIANE MOKAKO
AG EMMANUEL BUHENDWA
DR MIREILLE SAMBA
DR JEANNETTE NONGE
DR ISABELLE MASHAGIRO
DR JIM MUAKA
DATA VIANEY NZANZU
Me YABILI MALUNGA
DR GUY MUKUPURI

OMS

DR ADOLPHE NKONGOLO

PEV

DR NZUZI KIEYA

D5/SNIS

DR SALOMON SIYANGOLI

LINAC

DR SULU MASEB

CUK

PROF LEON MBALA
PROF BIENVENU LEBWAZE
PROF MBANZULU PITA

CUL

PROF ALBERT MWEMBO

ALCC
DR TEDDI MUKENDI

D10

DR YAMBA YAMBA

CLINIQUE NGALIEMA

DR BAVI BHAVOIRE

HGRP DE KINSHASA

DR WENGI GASPARD

SG

DR BASILE YANGALA

CENTRE NGANDA

DR AMPION