

Le cancer du col de l'utérus dans les pays en développement

Rapport sur un projet AIEA/OMS de lutte contre cette maladie

par Mohamed Nofal

Le cancer du col de l'utérus est la deuxième maladie, par ordre de fréquence, qui attaque l'appareil reproducteur de la femme. Ce sont essentiellement les femmes âgées de 40 à 55 ans qui sont touchées, et l'incidence est plus élevée chez les femmes des groupes socio-économiques les moins favorisés. Un traumatisme, accompagné d'infections virales ou bactériennes, est sans doute lié au processus malin qui se développe dans le col de l'utérus.

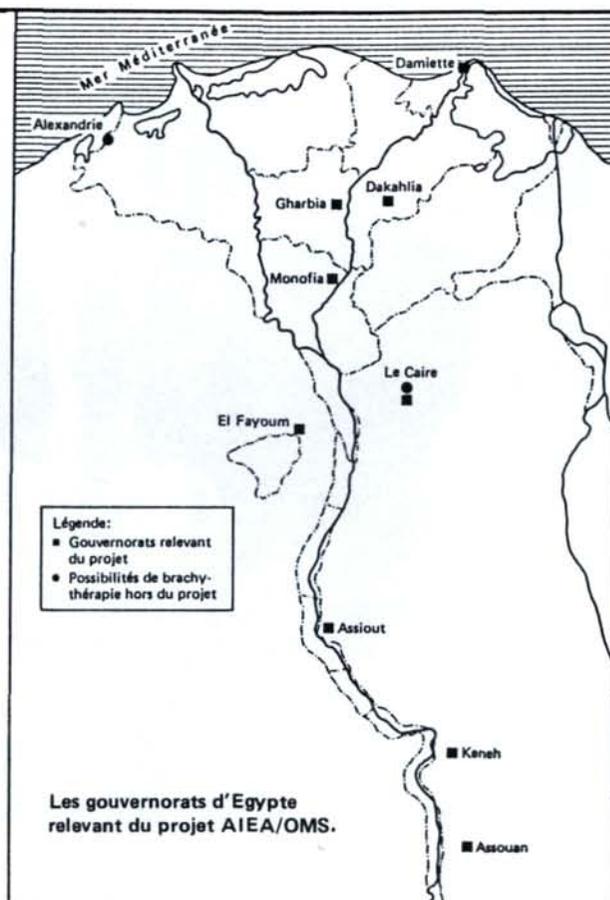
Il faut habituellement de 5 à 10 ans pour que le cancer envahisse les tissus, et la mort intervient en général de 3 à 5 ans après chez les malades non soignées. La tumeur reste localisée, sans métastases à distance pendant un temps assez long, et sa diffusion se fait par infiltration et par le réseau lymphatique local. Par ailleurs, comme il s'agit d'une affection répandue, il existe de nombreuses données cliniques sur son étiologie et sur les réactions au traitement.

Détection

Les débuts d'une atteinte du col de l'utérus peuvent être détectés, avant l'examen clinique, par l'examen cytologique de prélèvements obtenus lors d'examen annuel du col, car à ce stade la maladie est asymptomatique*. Avec le test «PAP», on peut détecter 90% des cas; l'utilisation de ce test a permis de réduire la mortalité due au cancer du col de l'utérus de plus de 50% par reconnaissance et traitement au stade précédant l'invasion. L'Imperial Cancer Research Fund a noté «qu'à l'exception d'une mesure qui consisterait à empêcher la population de fumer, le dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus est la seule mesure sanitaire permettant à coup sûr de réduire considérablement l'incidence du cancer aujourd'hui».

M. Nofal est directeur de la Division des sciences biologiques de l'AIEA.

* La cytologie est une branche de la biologie s'intéressant à la structure, aux fonctions, à la multiplication, à la pathologie et à l'évolution des cellules.



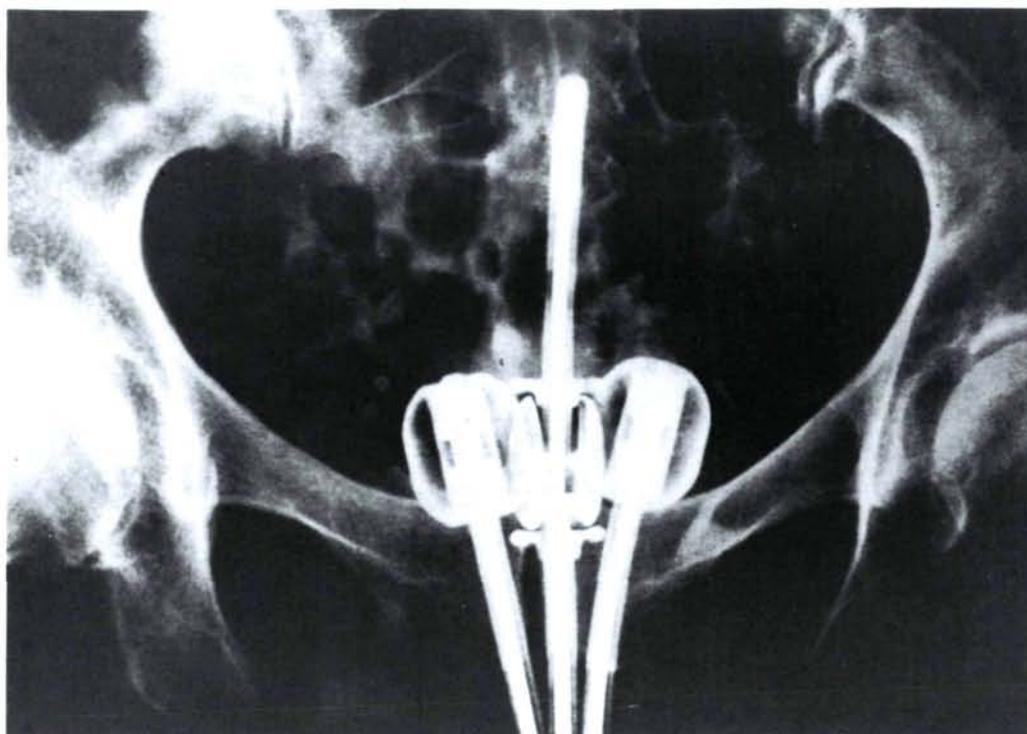
On a également noté que ce cancer cesserait d'être mortel si toutes les femmes étaient soumises à un test «PAP» tous les ans. Malheureusement, dans les pays en développement, très peu de femmes ont accès à ce test. En outre, dans ces pays, il existe très peu d'hôpitaux en mesure de traiter la maladie. Même lorsque le traitement est donné, il l'est souvent trop tard et ne peut, au mieux, que maîtriser l'évolution du mal sans vraiment le guérir. C'est ainsi que le taux de mortalité dû à cette maladie reste élevé dans les pays en développement.

Le test «PAP» est en général indicatif ou positif. Cela dit, si le frottis est négatif mais que l'on soupçonne toujours un cancer, la biopsie s'impose. La confirmation par biopsie, même d'un examen cytologique positif, est toujours conseillée avant de procéder effectivement au traitement.

Pour faire un pronostic et mettre au point la thérapeutique, on procède à un examen clinique pour déterminer l'étape clinique de la tumeur. En outre, on fait toujours une cytoscopie et une sigmoïdoscopie (avec biopsie, le cas échéant), un examen métastatique, une pyélographie intraveineuse et des radiographies de la poitrine*.

Dans ces conditions, l'éducation revêt une grande importance. Avant même de solliciter un avis médical, les femmes devraient savoir que le cancer du col de l'utérus est une maladie mortelle et que de nombreuses femmes y sont sujettes. Elles doivent prendre conscience que la prévention n'est possible que par une détection et un traitement précoces.

* La sigmoïdoscopie est une technique permettant d'examiner le gros intestin; la pyélographie est un examen radiographique des voies urinaires.



Radiographie montrant un récipient intracavitaire en matière plastique mis en place pour le traitement du cancer du col de l'utérus. Le récipient contient trois sources de radioisotopes césium 137 mis en place au moyen de tubes-guides que l'on voit au bas de l'image. (Photo: Royal Free Hospital, Londres)

Maîtrise et traitement de la maladie

Les causes du cancer du col de l'utérus restent inconnues. On peut néanmoins en réduire la fréquence par certaines mesures: meilleure hygiène personnelle et abstinence sexuelle chez les très jeunes, examens cytologiques réguliers, notamment des femmes ayant eu des grossesses multiples dans de mauvaises conditions, et ablation rapide des lésions suspectes.

Dans les grandes cliniques des pays développés, le taux global de guérison du cancer sur 5 ans est d'environ 45%. Ce taux est inversement proportionnel à l'étape du cancer, allant de 90% au stade préclinique à environ 5% au stade avancé.

La tumeur localisée, c'est-à-dire avant le stade de l'invasion, peut être traitée avec succès par la chirurgie, suivie de mesures conservatoires. La radiothérapie peut être une solution de rechange, notamment chez les patientes chez qui une opération est contre-indiquée. Au stade de l'invasion, le traitement habituel est chirurgical ou radiothérapeutique, ou les deux à la fois; les taux de survie sont presque identiques. On a également tenté la chimiothérapie, mais on a constaté qu'il n'offre qu'un soulagement temporaire dans la plupart des cas; seules 25 à 30% des tumeurs connaissent une régression objective.

En radiothérapie, la méthode habituelle consiste en un traitement intracavitaire, suivi d'un traitement externe. Les objectifs de l'irradiation sont la destruction des carcinomes primaires et secondaires dans le bassin, ainsi que la préservation des tissus intacts. On a pourtant découvert qu'au stade précoce, les meilleurs résultats peuvent être obtenus avec la radiothérapie intracavitaire utilisée seule.

Rôle de l'AIEA

Le Groupe de travail international pour le traitement du cancer de l'utérus dans les régions en développement — créé en 1972 et financé par l'AIEA et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) — a toujours encouragé un diagnostic et un traitement précoces de la maladie à l'aide de techniques intra-cavitaires et de substituts du radium. On a toujours espéré que la connaissance de la maladie, sa maîtrise par des méthodes chirurgicales et radiothérapeutiques, et la technologie du traitement pourraient être transférées des centres hospitaliers universitaires régionaux aux hôpitaux de la périphérie.

Ainsi, en 1983, l'AIEA et l'OMS ont lancé l'idée d'un projet pour l'Egypte. Le gouvernement égyptien a accepté ce projet qui a bénéficié d'une contribution généreuse du gouvernement italien assurant son exécution pendant 4 ans. Ce projet visait à multiplier les examens cytologiques en vue d'une détection précoce de la maladie et à diffuser la brachythérapie à l'aide des techniques intra-cavitaires utilisant des sources au césium 137 dans les régions où les services radiothérapeutiques laissaient à désirer.

Les points forts du plan de traitement sont les suivants:

- Le matériel est relativement peu onéreux
- Son usage est relativement simple et la formation du personnel est relativement courte
- Il est facile à pratiquer dans de petits hôpitaux de campagne et dans les régions reculées ne disposant pas d'installations de téléthérapie
- Il doit pouvoir être utilisé, en l'absence de radiothérapeutes et de physiciens, par les radiologues et les gynécologues.

On a créé un comité technique consultatif comprenant des membres de l'AIEA, de l'OMS, des représentants de l'Égypte, ainsi que 4 radiothérapeutes et physiciens hautement spécialisés. Les membres de ce comité s'écrivent régulièrement et se réunissent chaque année au Caire pour discuter les aspects scientifiques du projet.

Le projet en Égypte

En Égypte, les conditions se prêtent bien à la mise en œuvre de ce genre de projet, que l'on souhaite pouvoir étendre ultérieurement à d'autres pays en développement. Qui plus est, l'Égypte, tout en étant classé comme pays «en développement» bénéficie d'un très haut niveau de soins médicaux dans ses grands hôpitaux universitaires et régionaux. Il connaît toutefois tous les problèmes d'un pays dont la population croît rapidement et, par conséquent, est confronté à un grand nombre de malades et une pénurie relative de personnel et de matériel. La fréquence relative du cancer du col de l'utérus en Égypte a été évaluée à 10,8%, venant en troisième lieu, pour le cancer, chez la femme.

Stages de formation

Dans le projet égyptien, le transfert de l'information et des techniques se fait à l'occasion de stages de formation annuels à l'hôpital universitaire du Caire (NEMROCK); les équipes comprennent un gynécologue, un radiothérapeute et un physicien venus d'hôpitaux participant au projet. Après le stage, des applicateurs et des sources scellées de césium 137 sont fournis à ces hôpitaux par l'AIEA. Dans les équipes venues d'hôpitaux périphériques, où le personnel manque, il se peut qu'il n'y ait ni physiciens ni radiothérapeutes. Dans ce cas, un radiologue à temps partiel remplace le radiothérapeute.

Pour les «équipes» agréées, un stage de formation d'une durée de trois semaines a lieu chaque année. Pendant le stage, les participants assistent à des conférences ainsi qu'à des travaux pratiques, cliniques et dosimétriques. Chaque stagiaire assiste en outre au traitement de tous les cas et participe au moins à deux insertions brachythérapeutiques. Les cliniciens reçoivent une formation pratique spéciale en cytologie et en anatomo-pathologie.

Le stage traite des thèmes suivants: épidémiologie du cancer du col de l'utérus, anatomie, anatomo-pathologie, radiobiologie, procédures chirurgicales, brachythérapie, radioprotection, instrumentation, statistique du cancer, physique, calcul et relevé des doses, planification des traitements, examens cytologiques, examens de cas et séminaires de présentation de cas. Il existe également des cours de remise à jour pour ceux qui ont déjà assisté à un stage.

Jusqu'à présent, 3 stages ont eu lieu au Caire, auxquels ont assisté 75 stagiaires d'une vingtaine d'hôpitaux de 9 gouvernorats d'Égypte (voir la carte). Ce chiffre comprend un certain nombre de spécialistes venus d'autres pays africains — Kenya, Soudan et Tanzanie — donnant une dimension régionale à ce projet.



Enseignants et élèves d'un stage de formation organisé au Caire en novembre 1985.

Plan de traitement

On a choisi un système simple auquel sont formés de nombreux radiothérapeutes: la technique Amersham Manchester. Une grande expérience clinique de cette méthode a été acquise au cours des années. Il s'agit d'insérer des sources de césium 137 (en général 3) dans des applicateurs en matière plastique placés au fond du vagin et dans l'utérus. Avant cette opération, on radiographie la patiente pour vérifier que les applicateurs sont correctement placés. Les sources radioactives sont ensuite introduites, par des tubes-guides, dans les applicateurs. Le traitement dure environ 3 semaines et se fait généralement en deux temps d'environ 3 jours. Cette méthode permet une exposition minimale du personnel médical.

La malade «type» convenant au traitement intracavitaire par des médecins nouvellement formés, dans les hôpitaux qui le pratiquent pour la première fois, doit en être aux premiers stades de la maladie (stade 1 ou début du stade 2) qui offrent de bonnes chances de guérison avec le traitement «normalisé». Les malades ne répondant pas à ce critère (celles dont la maladie est plus avancée) ne devraient pas être traitées dans un hôpital périphérique, mais plutôt dirigées vers NEMROCK où une équipe qualifiée et expérimentée dispose de tous les moyens nécessaires: dosimétrie, téléthérapie et traitement fractionné. NEMROCK propose également, le cas échéant, des solutions chirurgicales avancées.

On estime qu'avec ce système, on pourra assurer la guérison dans des hôpitaux près du lieu de résidence des malades, encourager celles-ci à consulter rapidement, éviter le découragement des malades et du personnel des services périphériques, et assurer le meilleur traitement possible des cas avancés.

Programme de dépistage

Le programme répond au souci d'améliorer le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus, notamment en vue de soigner les malades aux stades encore curables. Il faut donc parallèlement étoffer les services cytologiques du pays, et éduquer le grand public, ainsi que les professions médicales et paramédicales, et multiplier les campagnes de dépistage.

On a mis au point un programme de dépistage cytologique pour les malades fréquentant les consultations externes en gynécologie ouvertes dans les hôpitaux généraux «associés». Selon ce programme, les laboratoires de cytologie de ce groupe hospitalier administrent les tests de détection précoce aux nombreuses patientes fréquentant ces consultations; les résultats sont envoyés à NEMROCK qui les enregistre et les analyse. Le programme tient compte des trois conditions déterminant l'efficacité d'une campagne de dépistage — la volonté des services intéressés, l'appui administratif et organisationnel, et un système encourageant les femmes à se présenter pour un prélèvement. Tout indique que dans les pays en développement, si l'on adopte la bonne démarche, plus de 90% des femmes se présenteront.

La méthode du frottis est simple — on prélève quelques cellules du col de l'utérus, habituellement à l'aide d'une spatule en bois. Les cellules sont ensuite mises sur une lame de verre, colorées et examinées au microscope — les cellules anormales ont un noyau plus volumineux qui absorbe davantage le colorant.

L'avenir

On prévoit que ce projet débouchera sur l'implantation permanente de services efficaces de détection précoce et de brachythérapie dans de nombreux hôpitaux

généraux de toute l'Égypte, et que ce dispositif sera utile à d'autres pays en développement où l'on pourra organiser un transfert analogue de connaissances et de techniques.

L'Afrique est le continent ayant le moins d'installations de radiothérapie. En Asie du Sud-Est, le nombre de services radiothérapeutiques existant par rapport au nombre d'habitants est également très faible; cela est vrai également de certains pays d'Amérique du Sud et du Pacifique occidental.

Il s'agit donc d'étendre ce projet à d'autres pays et d'essayer de trouver les moyens financiers nécessaires à cette expansion. Aussi faudra-t-il créer d'autres centres de formation tels que celui de NEMROCK, dont l'expérience sera un précieux atout.

Bibliographie

Les lecteurs qui s'intéressent aux questions techniques et générales soulevées dans cet article pourront consulter les ouvrages suivants:

- *Merk Manual of Diagnosis and Therapy*, publié par les laboratoires de recherche Merk Sharp et Dohme (1982).
- «Le projet égyptien de traitement du cancer», par C. Taylor, *Bulletin de l'AIEA*, vol. 26, n° 1 (mars 1984).
- «Aims of WHO/IAEA Egyptian project for earlier diagnosis and afterloading brachytherapy of carcinoma cervix in the rural hospitals of developing countries», par M.D. Snelling, *Diagnosis and treatment of carcinoma of the cervix in developing areas*, édition Adam Hilger Ltd (1985).
- «A cure for cancer that Britain ignores», par S. Kingman, *New Scientist* (8 août 1985).
- «Epidemiology of the carcinoma cervix uteri: An approach for planning its prevention and management in developing countries», par N.T. Racoveanu, rapport interne de l'OMS (1983).
- «Les radioisotopes et le traitement du cancer», par C. Taylor, *Bulletin de l'AIEA*, vol. 25, n° 2 (juin 1983).

