REPUBLIQUE DU CONGO

Unité-Travail-Progrès

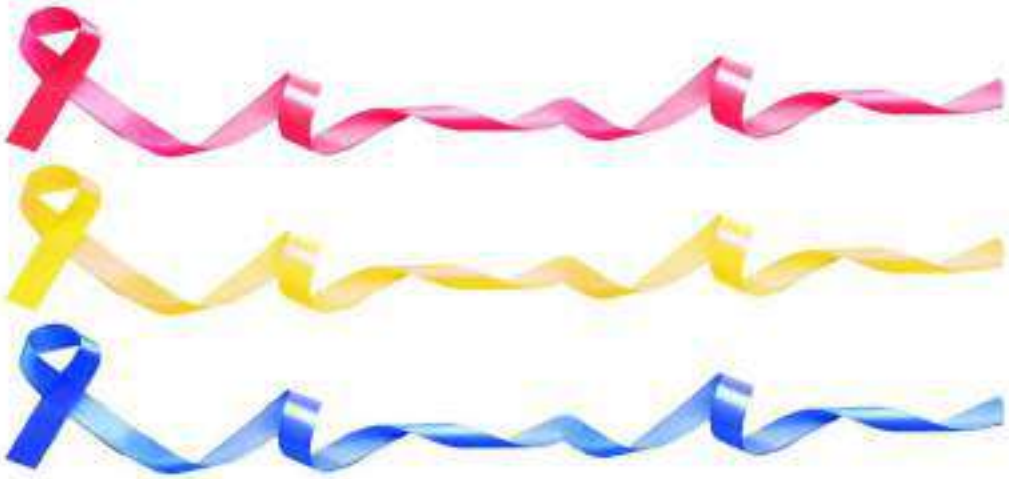
MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

PNLC

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS COURANTS DANS LE DISTRICT SANITAIRE EN REPUBLIQUE DU CONGO

Février 2025



UNFPA

Organisation mondiale de la Santé

TABLE DES MATIERES

Table des matières

TABLE DES MATIERES ..... **iii**
HOMMAGE ..... **v**
AVANT PROPOS ..... **ix**
REMERCIEMENTS ..... **xi**
LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION ..... **xiii**
LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET ACRONYMES ..... **xiv**
LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET ACRONYMES ..... **xiv**
LISTE DES TABLEAUX ..... **xvii**
LISTE DES FIGURES ..... **xviii**
GLOSSAIRE ..... **xix**
INTRODUCTION **23**
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE CANCER **25**
CHAPITRE II: PREVENTION DES LESIONS PRE-CANCEREUSES ET DE LA **38**
CHAPITRE III: DIRECTIVES DE LA PRISE EN CHARGE **49**

- Directives I : Au niveau du Point de Prestation de Service (PPS), toute la population de l'aire de santé, quelles que soient les circonstances, a accès aux informations et aux conseils appropriés sur les cancers courants dans la communauté. 49
- Directive II : Tous les agents de santé des CSI et hôpitaux de base ou de référence, ont les connaissances, les aptitudes requises pour offrir de manière efficace, efficiente et conviviale, des services de santé sur les cancers courants 49
- Directive III : Le point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à toutes les populations des services de qualité adaptés à ses besoins sur toute l'étendue du territoire national. 50
- Directive IV : Le système de gestion des PPS prend en compte de façon appropriée les aspects liés aux données des cancers. 50
- Directives V : Au niveau de la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population, quelles que soient le statut, participe à la gestion de la santé et d'autres ressources. 51

CHAPITRE IV : APPLICATIONS DES LIGNES DIRECTRICES **52**

- Directive II : Tous les agents de santé des CSI et hôpitaux de base ou de référence, ont les connaissances, les aptitudes requises pour offrir de manière efficace, efficiente et conviviale, des services de santé sur les cancers courants 53
- Directive III : Le point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à toutes les populations des services de qualité adaptés à ses besoins sur toute l'étendue du territoire national 53

- Directive IV : Le système de gestion des PPS prend en compte de façon appropriée les aspects liés aux données des cancers. 54
- Directives V : Au niveau de la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population, quel que soit le statut, participe à la gestion de la santé et d'autres ressources. 54

CHAPITRE V: INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DES LIGNES 56

- Dissémination des lignes directrices nationales 56
- Planification et mise en œuvre des lignes directrices 56
- Partenariat 56
- Coordination des interventions 56
- Suivi/évaluation -SNIS 57

CHAPITRE VI: RISQUE ET MESURES D'ATENUATION 62

CONCLUSION 65

REFERENCES 67

ANNEXES lxix

HOMMAGE

Professeur Charles GOMBE MBALAWA

A travers les présentes lignes directrices nationales de prise en charge des cancers courants dans le district sanitaire en République du Congo, le Programme National de Lutte contre le Cancer vous rend solennellement un vibrant hommage pour votre contribution exceptionnelle à la lutte contre le cancer dans notre région.

Votre vision et votre détermination ont permis la création du service d'oncologie au CHU, offrant ainsi des soins de qualité aux patients atteints de cancer.

Votre enseignement et votre encadrement ont inspiré et formé de nombreux oncologues, dont moi-même, Professeur Judith NSONDE MALANDA, qui ont eu la chance de bénéficier de votre expertise et de votre guidance.

Votre héritage est immense et votre impact sur la santé de nos communautés est inestimable. Nous vous remercions pour votre dévouement, votre passion et votre engagement envers les patients et les professionnels de la santé.

Nous vous honorons pour votre rôle de pionnier et de mentor, et nous continuerons à vous rendre hommage à travers notre travail et notre engagement à améliorer la prise en charge du cancer dans notre région."

PREFACE

La lutte contre le cancer représente un défi de santé publique majeur dans le monde entier, et la République du Congo n'en fait pas exception. En raison de l'incidence croissante de cette maladie, il est impératif de disposer des lignes directrices claires et efficaces pour la prise en charge des cancers courants.

C'est dans ce contexte qu'a été rédigée la première édition des ***Lignes directrices nationales de prise en charge des cancers courants dans le district sanitaire en République du Congo***. Il s'agit d'une réponse opérationnelle au vide constaté sur la lutte contre les cancers dans le district sanitaire.

Ces lignes directrices reflètent l'engagement politique en faveur de la lutte contre les cancers exprimé dans le Programme Général de Travail (PGT) 2025-2028 et dans les orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2026.

Élaborées avec la collaboration des spécialistes, ces lignes directrices sont le témoin d'un effort collectif pour améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Elles visent à standardiser les pratiques de dépistage, de diagnostic précoce et de traitements essentiels, en tenant compte des ressources disponibles et des particularités de notre système de santé.

La prise en charge des cancers étant très onéreuse, un accent doit être mis sur la prévention. Celle-ci s'inscrit dans le cadre de la campagne triennale 2025-2027, "**Unis par l'Unique**", qui place la personne au centre des soins et son histoire au cœur de la conversation.

Je réaffirme l'engagement du gouvernement à réduire la morbidité et la mortalité liées aux cancers dans notre pays, en favorisant une approche humaine et équitable dans la prise en charge des patients.

J'encourage tous les acteurs du système de santé à adopter et à mettre en œuvre dans leur pratique quotidienne ces lignes directrices.

Je remercie tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document et j'espère qu'il servira de référentiel précieux pour les professionnels de santé et améliorera les résultats en matière de santé des populations au sein de nos districts sanitaires.

AVANT PROPOS

La question des cancers devient de plus en plus préoccupante au regard de son impact dans la société. En effet, la République du Congo, à l'instar de nombreux pays en développement, fait face à un fardeau croissant lié aux maladies non transmissibles, parmi lesquelles les cancers qui occupent une place préoccupante.

Le Programme Nationale de Lutte contre le Cancer (PNLC) dans sa mission d'informer les professionnels de santé sur les signes, les symptômes et le dépistage, entend suivre les orientations du PSNLC 2022-2026 pour apporter des solutions idoines.

La stratégie choisit serait l'intégration des lignes directrices nationales de prise en charge des cancers courants dans les paquets minimums d'activités (PMA) dans les CSI et dans les paquets complémentaires d'activités (PCA) dans les hôpitaux. Cela constitue une exigence fondamentale dans la délégation des tâches pour la gestion des malades,

C'est grâce à une collaboration entre les spécialistes d'organes, les oncologues, les agents de santé et les partenaires techniques et financiers que ces *lignes directrices nationales de prise en charge des cancers courants dans le district sanitaire* ont vu le jour.

Ces directives s'articulent autour des axes prioritaires que sont la prévention primaire, le dépistage et le diagnostic précoce, les traitements non spécifiques, ainsi que les soins palliatifs.

Cependant, leur succès dépendra de leur mise en œuvre effective. Nous sommes conscients des défis persistants : infrastructures à renforcer, formation continue des personnels, et sensibilisation des communautés.

C'est ainsi que nous appelons à une mobilisation plurisectorielle, associant autorités politiques, secteur privé et société civile pour garantir l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de base.

La Directrice du Programme

Professeur Judith NSONDE MALANDA

REMERCIEMENTS

Nous remercions très sincèrement le Directeur de Cabinet du ministre de la santé et de la population, Professeur Donatien MOUKASSA pour ses conseils et suggestions pertinentes à la rédaction des lignes directrices nationales de prise en charge des cancers courants dans le district sanitaire. Malgré les contraintes de temps, les auteurs de ce document ont pu nous apporter leurs connaissances de prévention primaire et secondaire ainsi des soins palliatifs des cancers courants. Pour certaines initiatives très récentes de relecture et de commentaires par l'équipe de validation, composée du Professeur Judith NSONDE MALANDA, Professeur Agrégé Rody Stéphane NGAMI, Dr Cyr PASSI LOUAMBA, Dr Colombe Dorelle EKOUNDZOLA, Dr Stely Grace Elvire LEZA, Dr Fabien MOUAMBA, Dr Dimitry MOUDIONGUI, Dr Stéphane Siméon MOUBIE, Mme Sara Rabi BAKOUETILA, Dr Patricia THYSTERE TCHICAYA, Dr Syntiche Evodie AHOUYA MOTOULA LATOU, Mme Gloria OLEKI DJOBEZA, Mr. Hugues Tanguy GAMBION OBION, Mr Théophile Séraphin BASSISSILA, Mr Alain NGOUNDOU, Mme Michaelle MBOUKA, et Mr Benit Prince MALANDA qu'ils trouvent ici une reconnaissance méritée.

Enfin, nos sincères remerciements à Monsieur le Ministre de la Santé et de la Population pour son leadership et son accompagnement indéfectible dans la lutte contre le Cancer, également :

- à l'Organisation Mondiale de la Santé pour son appui technique et financier à la réalisation de cette activité et pour son investissement dans la lutte contre les Cancers au Congo ;
- à toute l'équipe du programme national de lutte contre le cancer pour son implication dans la réussite de cette activité.

Votre collaboration et votre implication témoignent de l'importance de l'engagement collectif pour relever les défis des cancers dans notre pays.

Les rédacteurs

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION

N°	NOMS ET PRENOMS	STRUCTURE
1	Professeur Judith NSONDE MALANDA	Directrice PNLC
2	Professeur Anani Wencesl Séverin ODZEBE	CHU
3	Professeur Agrégé Rody Stéphane NGAMI	CHU
4	Docteur Guy Michel BEMBA	Conseiller FRH OMS-CONGO
5	Docteur Cyr Judicaël PASSI LOUAMBA	Conseiller MNT OMS-CONGO
6	Docteur Lambert KITEMBO	Coordonnateur UCPP
7	Docteur Stéphane Siméon MOUBIE	Chef de Bureau PNLC
8	Docteur Stély Grâce Elvire LEZA	Chef de service MNT/DELM
9	Docteur Dimitry MOUDIONGUI MBOUNGOU MALANDA	Chef de Bureau PNLC
10	Docteur Fabien Gaël MOUAMBA	Chef de Bureau PNLC
11	Monsieur Théophile BASSISSILA	Chef de Département PNLC
12	Monsieur Jethro MASSALA PEYA	Service MNT/DELM
13	Madame Gloire NDAMBA	OMS-CONGO

LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET ACRONYMES

LISTE DES ABREVIATIONS SIGLES ET ACRONYMES	

AA	Acide Acétique
AAI	African Access initiative
ADN	Acide Désoxyribonucléique
AFP	Alpha foeto protéine
AGC	Atypical Glandular Cells (Atypie des cellules glandulaires)
AMU	Assurance maladie universelle
ASCUS	Atypical Squamous Cell of Unknowned Significance
ATS	Agent technique de santé
BRCA	Breast Cancer
CAMEPS	Centrale d'achats des médicaments essentiels et produits de santé
CCR	Cancer colorectal
CDS	Cul de Sac
CMS	Centre Médico-Social
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIN	Néoplasie Intra épithéliale Cervicale (Cervical Intra-épithélial Néoplasie)
CINI	Néoplasie Intra épithéliale Cervicale de grade I
CINII	Néoplasie Intra épithéliale Cervicale de grade II
CINIII	Néoplasie Intra épithéliale Cervicale de grade III
CIS	Cancer In Situ
COSA	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé intégré
DELM	Direction de l'épidémiologie et de la maladie
DGPOP	Direction génerale de la population
DHIS2	District Health Information Software 2.
DHPS	Direction de l'hygiène et de la promotion de la santé
DISER	Direction de l'information sanitaire, de l'évaluation et de la recherche
DS	District sanitaire
DSSP	Direction des soins de santé primaire
DDSSa	Direction Départementale des Soins et Services de Santé
DH	Direction des hôpitaux
DHN	Désinfection de Haut Niveau
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DTS	Direction de la technologie de la santé
ECD	Equipes cadres de district
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
EPP	Equipement Protecteur du Personnel
Globacan	Global Cancer Observatory
FCU	Frottis cervico-utérin

FCV	Frottis cervico-vaginal
FoSa	Formation sanitaire
HD	Hôpital du district
HPV	Human Papillomavirus
HSIL	High grade Squamous Intraepithelial Lesion
HTA	Hypertension artérielle
HVB	Hépatite virale B
IEC	Information et éducation communautaire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVA	Inspection Visuelle à l'Acide acétique
IVL	Inspection Visuelle au Lugol
LPC	Lésions précancéreuses du col
LSIL	Low grade Squamous Intraepithelial Lesion
MEG	Methyl Green
OGE	Organes Génitaux Externes
OE	Orifice Externe
OI	Orifice Interne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSDV	Open Source Digital Voting
PBH	Ponction biopsie hépatique
PMS	Paquet minimum de service
PNLC	Programme National de Lutte contre le Cancer
PCA	Paquets complémentaires d'activités
PMA	Paquets minimums d'activités
PNLC	Programme Nationale de Lutte contre le Cancer
PSA	Prostate Specific Antigen
PSN	Plan stratégique national
PPS	Point de prestation de services
PSS	Prestataires de services de santé
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RDQA	Routine Data Quality Assessment
RECO	Relais communautaire
SIGL	Système d'information de gestion logistique
SMIR	Système d'utilisation d'inhibiteurs de petites molécules pour cibler des miARN spécifiques
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sans Préparation
TAG I	Transformation Atypique de Grade I
TAGII	Transformation Atypique de Grade II
TAP	Thoraco-abdomino-pelvien
TC	Taux de complétude

TDM	Tomodensitométrie.
TE	Taux d'évaluation
TP	Taux de promptitude
TR	Toucher rectal
TV	Toucher Vaginal
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
SSPE	Service de santé de premier échelon
SSDE	Service de santé de deuxième échelon
ZT	Zone de transformations

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Des points de prestation de services et des équipements 39
Tableau 2: suivis examens spécifiques 47
Tableau 3: Indicateurs des cancers 58
Tableau 4: Indicateurs de suivi et d'évaluation 59
Tableau 5: Evaluation des risques liés à l'intégration et mitigation 62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Histoire naturelle des cancers……...……	26
Figure 2 :	Coupe sagittale du sein…….	28
Figure 3 :	Coupe sagittale du pelvis masculin montrant les différents rapports de la prostate……	30
Figure 4 :	Localisation de l'endocol, l'exocol et de la zone de jonction……...	32
Figure 5 :	Configuration externe du foie (face antérieur) ……	34
Figure 6 :	Portion intra abdominale du tube digestif ……	36
Figure 7 :	Toucher rectal (Fiche technique)……..	lxxi
Figure 8 :	Technique d'intromission du speculum……	lxxvi

GLOSSAIRE

Norme : C'est l'ensemble des règles de conduite admises par consensus et qui s'imposent à un groupe social (une équipe) donné. Elle précise le niveau minimum acceptable de performance attendu pour la mise en œuvre des activités.
Elle peut se définir également comme une déclaration d'un niveau défini de qualité dans la fourniture de services nécessaire pour répondre aux besoins des bénéficiaires visés. Une norme définit les attentes en matière de réalisations, de structures ou de processus nécessaires pour qu'une organisation puisse garantir des services sûrs, équitables, acceptables, accessibles, efficaces et appropriés.

Standard : C'est un niveau de performance requis ou reconnu, approuvé par une autorité ou par consensus pour garantir une qualité optimale de services à offrir. C'est une base de référence ou de comparaison conforme à une norme.

Intégration en tant que théorie : L'intégration n'est pas un but en soi. L'intégration est un moyen, un outil permettant d'assurer des soins globaux et continus et intégrés dans des structures permanentes, polyvalentes et accessibles. L'intégration permet de répondre à une demande justifiée du malade qui souhaite être pris en charge dans sa totalité physique, psychologique et sociale, et ce à tout moment. Qui plus est, en cas de stigma social lié à une affection, seuls des soins intégrés permettent une réelle réinsertion sociale du patient.

Intégration en tant que stratégie et politique de santé : L'intégration implique la disparition de toute structure spécialisée. Mais, du moins tant que l'affection présente un problème de santé publique, une activité intégrée pourrait fort bien résulter d'une approche verticale dans sa mise en œuvre opérationnelle. Selon les circonstances cette approche pourrait justifier d'un programme vertical spécialisé qui ne s'oppose nullement à l'intégration de cette activité.
On distingue ainsi :

- L'intégration opérationnelle : le transfert du travail des équipes spécialisées au personnel polyvalent ;

- L'intégration administrative : le transfert des responsabilités du programme, d'une direction relativement autonome à celle des SSPDE, des SSDE et de la DDSSSa.

Point de prestation de services (PPS) : toute structure/endroit où l'on offre des services de santé.

Prestataires de services de santé : Le terme « prestataire de services » indique ici toute personne pouvant avoir un rôle à jouer dans l'offre ou l'utilisation des services.

Paquet minimum de service (PMS) : c'est un ensemble minimal d'interventions essentielles intégrées, choisies parmi les plus efficaces, que le gouvernement/prestataire (en fonction des ressources), s'engage à rendre disponible et accessible.

Prévention des cancers : désigne l'ensemble des comportements et pratiques visant la réduction de l'incidence des cancers, c'est-à-dire baisser l'apparition des nouveaux cas dans une population apparemment en bonne santé à travers la diminution des causes et des facteurs de risque (OMS, 2013), mais aussi tous les actes destinés à détecter un cancer avant l'apparition des symptômes, de façon à pouvoir intervenir pour ralentir ou arrêter sa progression (INCa, 2013).

Prévention primaire : il s'agit de l'ensemble des actions visant la réduction ou l'élimination des facteurs de risque et l'amplification des facteurs de protection. Elle traite les questions d'éducation, de sensibilisation, de vaccination ou de chimio prévention.

Prévention secondaire : il s'agit de l'ensemble des actions ayant pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire. Elle intègre l'ensemble des actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie dans une population, donc à détecter une maladie avant l'apparition des symptômes, afin de pouvoir intervenir pour ralentir ou arrêter sa progression. La prévention secondaire est centrée sur le dépistage. Elle permet aussi, par un diagnostic précoce, la prise en charge des lésions précancéreuses.

Prévention tertiaire : désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue de complications et de rechutes de la maladie. Elle prend en compte tous les actes visant la baisse de la prévalence des incapacités chroniques ou handicaps ainsi que l'incidence des rechutes et toutes les activités cliniques menées après le diagnostic de la maladie dans le but d'empêcher la détérioration de l'état du malade ou l'évolution des complications (OMS, 2005).

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

Diagnostic précoce : consiste à diagnostiquer des signes précurseurs et symptômes du cancer afin de faciliter le diagnostic avant que le mal ne soit à un stade avancé, ce qui permet un traitement plus léger et plus efficace.

Sein : est un organe pair et globuleux situé en avant et en haut du thorax. Il est composé d'un tissu adipeux plus ou moins important et d'une glande mammaire constituée d'une vingtaine de lobules qui assurent la sécrétion du lait en période d'allaitement.

Cancer du sein : prolifération cellulaire anarchique et incontrôlée développée aux dépens des éléments constitutifs du tissu mammaire (cellules) avec la capacité de développer des métastases.

Col de l'utérus : c'est une partie inférieure de l'utérus que l'on appelle « le col de l'utérus », sorte de cylindre étroit qui débouche dans le vagin.
Le col utérin se situe entre le vagin et le corps de l'utérus, de forme cylindrique ou conique, il mesure 3 à 4 cm de longueur sur 2,5 cm de diamètre. Il présente en son centre un conduit aux contours réguliers avec deux orifices, un orifice externe et l'autre interne c'est le canal endocervical. Il est constitué de deux parties l'exocol et l'endocol. L'exocol est l portion du col qui s'étend à l'extérieur de l'orifice externe. C'est la partie aisément visible du col lors d'un examen visuel au spéculum. L'endocol est la portion du col située à l'intérieur de l'orifice externe.

Cancer du col de l'utérus : c'est une tumeur maligne développée à partir des cellules superficielles du col utérin avec la capacité de développer des métastases.

Prostate : est l'organe médian situé à la croisée des voies urinaires qui la traversent et des voies séminales qui s'y trouvent.

Cancer de prostate : c'est une tumeur maligne développée au dépend de la glande génitale masculine appelée prostate.

Colorectal : Portion du tube digestif comprise entre la valvule de BAUHIN ou jonction iléo-caecale et la ligne pectinée en bas (au début du canal anal).

Cancer colorectal : C'est l'ensemble des tumeurs malignes développée primitivement aux dépens de la paroi du colon et du rectum avec la capacité de développer des métastases.
.
Foie : Le foie est le plus gros organe abdominal et fait partie de l'appareil digestif sécrétant la bile et remplissant plus de 300 fonctions vitales.

Cancer du foie : est caractérisé par le développement d'un ou plusieurs nodules cancéreux dans cet organe avec la capacité de développer des métastases. Le cancer du foie reste longtemps sans provoquer de symptôme ce qui rend difficile son diagnostic précoce.

INTRODUCTION

Ce document des directives nationales pour les préventions primaire et secondaire des services de santé adaptés aux populations est un référentiel destiné aux professionnels de santé primaires sur les signes et symptômes des cancers courants (du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du colorectal et du foie) et voies d'orientations des patients.
Il sera utilisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et guidera les interventions essentielles en rapport avec la santé des populations sur les cancers courants dans la communauté.

Dans notre pays le Congo, les cinq (5) premiers cancers demeurent le Sein, 530 cas (19,4%), la Prostate, 441cas (16,2%) ; le Col de l'utérus,397 cas (14,6%) ; le Foie, 268 cas (9,8%) et le colorectal, 168 cas (6,2%) selon Globocan 2022. Tous ces cancers constituant un problème de santé important dans notre pays et face à ces tendances épidémiologiques, l'OMS propose des nouvelles orientations aux pouvoirs publics et aux prestataires de soins primaires ciblant une approche globale et intégrée de la prévention de ces cancers.

C'est pour apporter une réponse holistique à tous ces défis que le Programme National de Lutte contre le cancer a fait de l'axe 4 de son PSNLC 2022-2026, intitulé « Motivation de la Demande (Prévention et Promotion) » une priorité des priorités, ensemble avec les autres spécialités médicales à savoir : service d'oncologie ; service d'urologie ; service de gynécologie ; service de gastro entérologie.

En effet, ces cinq (5) premiers cancers qui préoccupent la communauté congolaise devraient être intégrés dans les paquets minimums d'activités (PMA) à travers la sensibilisation sur les signes et symptômes et dans les paquets complémentaires d'activités (PCA) à travers les dépistages, les soins palliatifs et de soutien aux patients.

Ce document repose sur les principes directeurs suivants :

1. Le droit des patients à avoir accès à des services de santé de qualité sans aucune discrimination liée à leur âge, leur sexe, leur religion, leurs conditions sociales ou les pesanteurs socioculturelles.
2. La nécessité de rendre disponibles les mesures de prévention des cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du colorectal et du foie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
3. L'intégration des activités de prévention de ces cancers en activité de routine et en campagne de masse dans les formations sanitaires.
4. La mise en place d'un système d'information performant permettant de collecter des données sur les cancers à l'échelle nationale.

Le document comprend trois chapitres. Le premier chapitre traite des généralités dans lequel sont définis les concepts des cancers courants. Le second celui des objectifs et des points des prestations

des services de santé. Le troisième chapitre aborde les signes, les symptômes, les dépistages des cancers courants et de référence des patients aux spécialistes.

L'évaluation des formations dans les 9 districts sanitaires de Brazzaville sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, organisé du 14 au 24 Mai 2024, a fait ressortir la nécessité d'élaborer les lignes directrices pour la prévention et la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires.

Cependant, au regard des données épidémiologiques des cinq (5) premiers cancers de notre pays le Congo qui se présentent comme suit : le Sein, 530 cas (19,4%), la Prostate, 441cas (16,2%) ; le Col de l'utérus,397 cas (14,6%) ; le Foie, 268 cas (9,8%) et le colorectal, 168 cas (6,2%) selon Globocan 2022, et les sessions de conférences numériques de l'African Access Initiative (AAI)[1], ont fait évoluées la vision d'élaborer les lignes directrice en intégrant les trois autres cancers (Prostate, Foie et colorectal).

Ces lignes directrices destinées aux agents communautaires, aux professionnels de santé primaire et aux médecins généralistes visent à atteindre les objectifs suivants :

- Mettre en place une équipe cadre de district de santé dédiée à la prise en charge des cancers courants ;
- Organiser des formations à l'endroit des professionnels de santé primaire sur la prise en charge des cancers courants ;
- Mobiliser les partenaires pour la mise en œuvre des lignes directrices nationales ;
- Assurer le suivi et évaluation des activités de mises en œuvre des lignes directrices nationales.

Afin d'atteindre ses objectifs, l'approche d'intégration est celle dite chronologique des composantes opérationnelles des programmes qui a été de santé est retenue.

C'est dans ce contexte que le PNLC en se référant à son PSN, aux nouvelles orientations sur les lignes directrices, sur les stratégies de soins de santé primaires, sur des ensembles complets de services essentiels et sur les approches centrées sur des personnes, met à la disposition des professionnels de la santé ces présentes lignes directrices afin de réduire les incidences des cancers courants dans la communauté.

[1] BVGH et l'AORTIC

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE CANCER

1.1.Vue d'ensemble sur les cancers

1.1.1. Epidémiologie sur les cancers courants en république du Congo

Dans notre pays le Congo, les cinq (5) premiers cancers demeurent le Sein, 530 cas (19,4%), la Prostate, 441cas (16,2%) ; le Col de l'utérus,397 cas (14,6%) ; le Foie, 268 cas (9,8%) et le colorectal, 168 cas (6,2%) selon Globocan 2022. Tous ces cancers constituant un problème de santé important dans notre pays et face à ces tendances épidémiologiques, l'OMS propose des nouvelles orientations aux pouvoirs publics et aux prestataires de soins primaires ciblant une approche globale et intégrée de la prévention de ces cancers.

En effet, ces cinq (5) premiers cancers qui préoccupent la communauté congolaise devraient être intégrés dans les paquets minimums d'activités (PMA) à travers la sensibilisation sur les signes et symptômes et dans les paquets complémentaires d'activités (PCA) à travers les dépistages au niveau des formations sanitaires.

1.1.2. Histoire naturelle

Le cancer répond dans son histoire naturelle à 3 phases :

- **La phase locale (limitée à l'organe concerné) :** ici le cancer aboutit à la destruction de l'organe dans lequel il se développe en passant successivement par les lésions précancéreuses (dysplasies), le cancer in situ, le cancer invasif.

- **La phase locorégionale :** elle se caractérise par l'envahissement des ganglions régionaux et par l'extension par contiguïté de la tumeur aux organes de voisinage.

- **La phase des métastases** : il s'agit de l'extension du cancer aux les organes situés à distance du foyer primitif du cancer. Cette extension peut se faire par voie hématogène (vaisseaux sanguins) ou par voie lymphatique (vaisseaux lymphatiques.

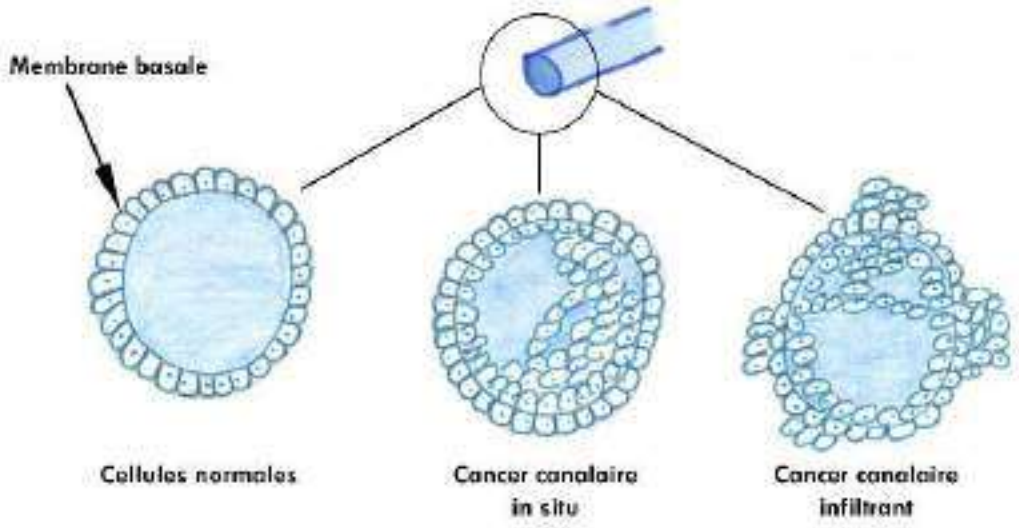


Figure 1 : Histoire naturelle des cancers

1.1.3. Les lésions pré-cancéreuses

Les lésions pré-cancéreuses correspondent à des modifications cellulaires **d'un organe** et peuvent dégénérer, avec le temps, en véritables lésions cancéreuses, c'est-à-dire en cancer. Mais tout cancer n'est pas le produit d'une modification de lésions pré-cancéreuses.

Les lésions pré-cancéreuses peuvent intéresser, par exemple, le col de l'utérus (sous l'influence du Papilloma Virus), le colon (adénome du colon, pouvant, pour certains, dégénérer en cancer du côlon), la peau (sous l'effet du soleil notamment) ou la cavité buccale.

Il convient de traiter, dans la plupart des cas, ces lésions pré-cancéreuses, avant justement qu'elles ne se transforment en véritable cancer et deviennent plus problématiques à soigner.

Le traitement de ces lésions précancéreuses est souvent plus simple et dépend évidemment de leur localisation.

1.2.Typologie des cancers

1.2.1. Cancer du sein

1.2.1.1.Définition

Le cancer du sein est la prolifération cellulaire anarchique et incontrôlée développée aux dépens des éléments constitutifs du tissu mammaire (cellules) avec la capacité de développer des métastases.

1.2.1.2.Anatomie

Le sein est un organe paire situé à la partie antérieure du thorax et qui contient une glande mammaire. Chez la femme, la fonction essentielle est la production du lait maternel. Il est peu développé chez l'homme.

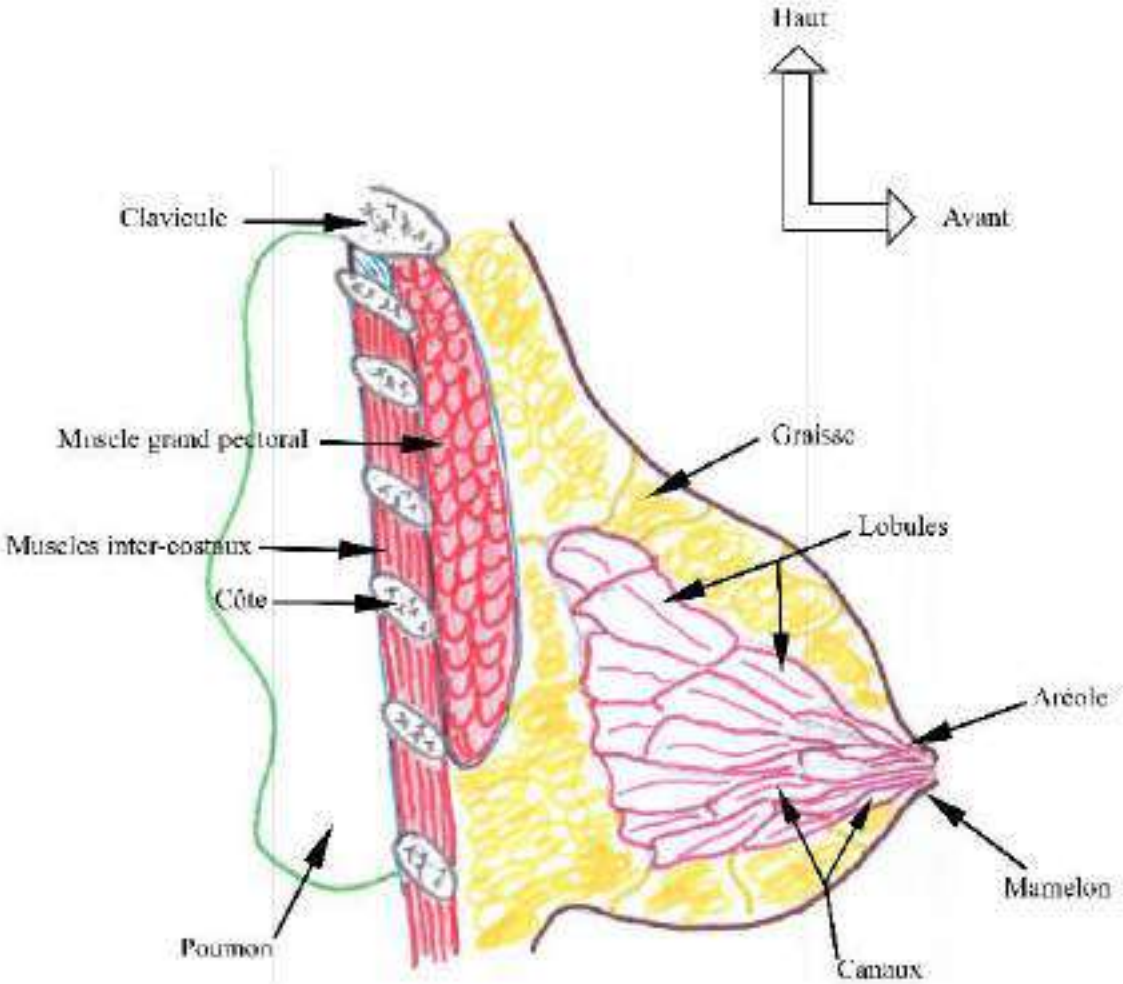


Figure 2 : Coupe sagittale du sein

1.2.1.3.Situation épidémiologique au Congo

En République du Congo, les récentes données de GLOBOCAN de 2022, place le cancer du sein n premier de tous les cancers diagnostiqués avec 530 cas représentant 19,4 % pour tous les cancers et 34,1 % pour les cancers féminins.

1.2.1.4.Facteurs de risque

Les facteurs suivants exposent au cancer du sein :

- l’âge (risque accru avec l'âge) ;
- les antécédents familiaux de cancer du sein ;
- les mutations génétiques ;
- l’hormonothérapie substitutive ;
- l’obésité ;
- la consommation excessive d'alcool ;
- l’exposition à des radiations.

1.2.2. Cancer de la prostate

1.2.2.1. Définition

C’est la prolifération cellulaire anarchique et incontrôlée développée aux dépens des éléments constitutifs du tissu prostatique (cellules) avec la capacité de développer des métastases.

1.2.2.2.Anatomie

La prostate est une glande qui fait partie de l’appareil reproducteur masculin. Elle est située en avant du rectum, sous la vessie, et entoure l'urètre, le canal qui permet à l'urine de s'écouler. De la taille d’une noix de cola, la fonction principale de la prostate est de produire une partie du liquide séminal, fluide qui compose le sperme (figure 2).

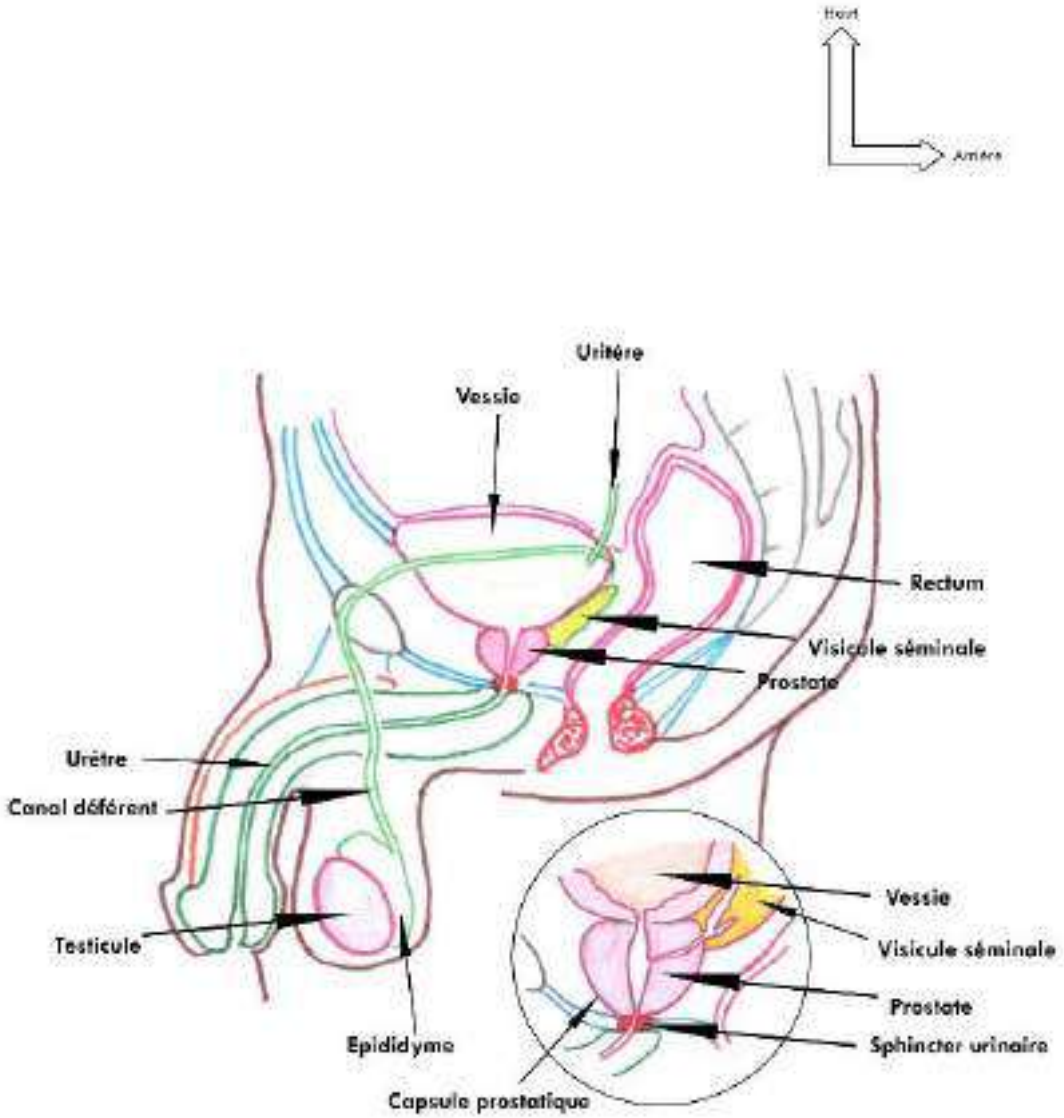


Figure 3 : Coupe sagittale du pelvis masculin montrant les différents rapports de la prostate

1.2.2.3.Situation épidémiologique

En République du Congo, les récentes données de GLOBOCAN de 2022, place le cancer de la prostate en second de tous les cancers diagnostiqués avec 441 cas représentant 16,2 % et 37 % pour les cancers masculins.

1.2.2.4.Facteurs de risque

Les facteurs suivants exposent au cancer de la prostate :

- l'âge ;
- les antécédents familiaux du cancer de la prostate, du cancer du sein et du cancer de l'ovaire ;
- l'origine ethnique ;
- les facteurs environnementaux (pesticides, et perturbateurs endocriniens) ;
- l'alcoolisme et le tabagisme ;
- le comportement alimentaire (alimentation riche en graisse) ;
- la sédentarité.

1.2.3. Cancer du col de l'utérus

1.2.3.1.Définition

Le cancer du col de l'utérus est la prolifération cellulaire anarchique et incontrôlée développée aux dépens des éléments constitutifs du tissu de la partie inférieure du corps de l'utérus (cellules) avec la capacité de développer des métastases.

1.2.3.2.Anatomie

Le col de l'utérus, encore appelé cervix, correspond à la partie inférieure de l'utérus qui s'implante au sommet du vagin.

Il se subdivise en différentes zones :

- l'endocol situé en position sus-vaginale qui relie les cavités utérine et vaginale.
- l'exocol situé en position intra-vaginale, visible à l'examen au spéculum et palpable au toucher vaginal. L'exocol comporte sur sa partie centrale l'orifice externe.
- La zone de jonction pavimento-cylindrique ou zone de transformation : c'est la zone de passage entre l'exocol et l'endocol. C'est le site de départ de la plupart des cancers du col utérin.

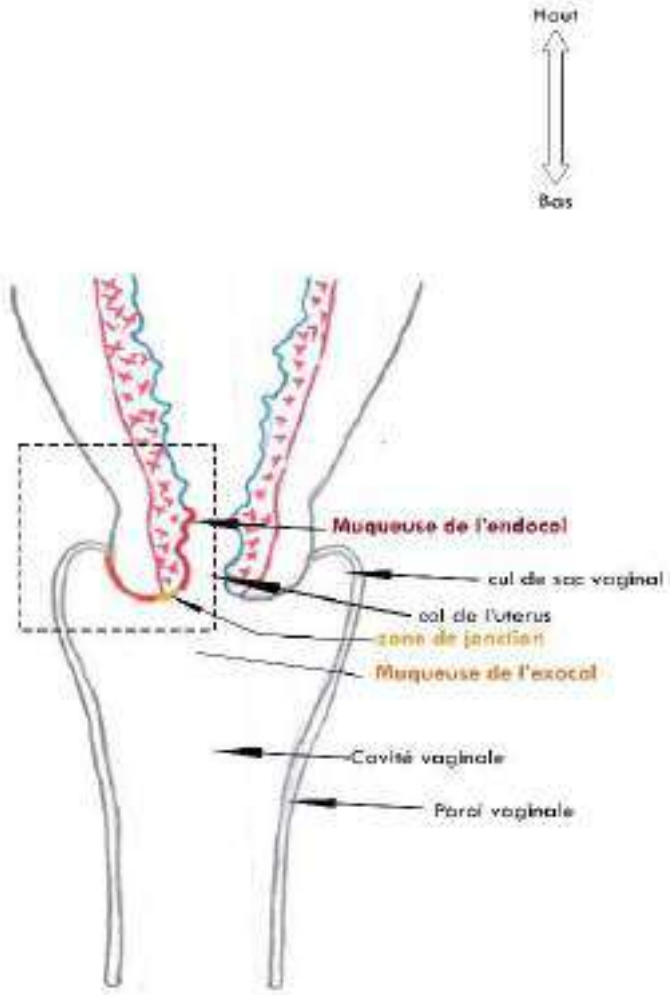


Figure 4 : Localisation de l'endocol, l'exocol et de la zone de jonction

1.2.3.3.Situation épidémiologique

En République du Congo, les récentes données de GLOBOCAN de 2022, place le cancer du cancer du col en troisième de tous les cancers diagnostiqués avec 397 cas (14,6%) et 25,5% pour les cancers féminins.

1.2.3.4.Facteurs de risque

Les facteurs suivants exposent au cancer du col utérin :

- l'infection à HPV ;
- la baisse de l'immunité ;
- les partenaires sexuels multiples ;
- l'âge précoce de la première grossesse ;
- les rapports sexuels précoces ;
- la mauvaise hygiène sexuelle ;
- l'alcoolisme ;
- le tabagisme.

1.2.4. Cancer du foie

1.2.4.1.Définition

Le cancer du foie est la prolifération cellulaire anarchique et incontrôlée développée aux dépens des éléments constitutifs du tissu hépatique (cellules) avec la capacité de développer des métastases.

1.2.4.2.Anatomie

Le foie est un organe plein situé dans l'abdomen, sous le rebord costal droit et l'appendice xyphoïde. C'est l'organe le plus volumineux de l'organisme, de couleur brunâtre. Il est formé de deux lobes (droit et gauche), subdivisé en huit segments (figures 4).

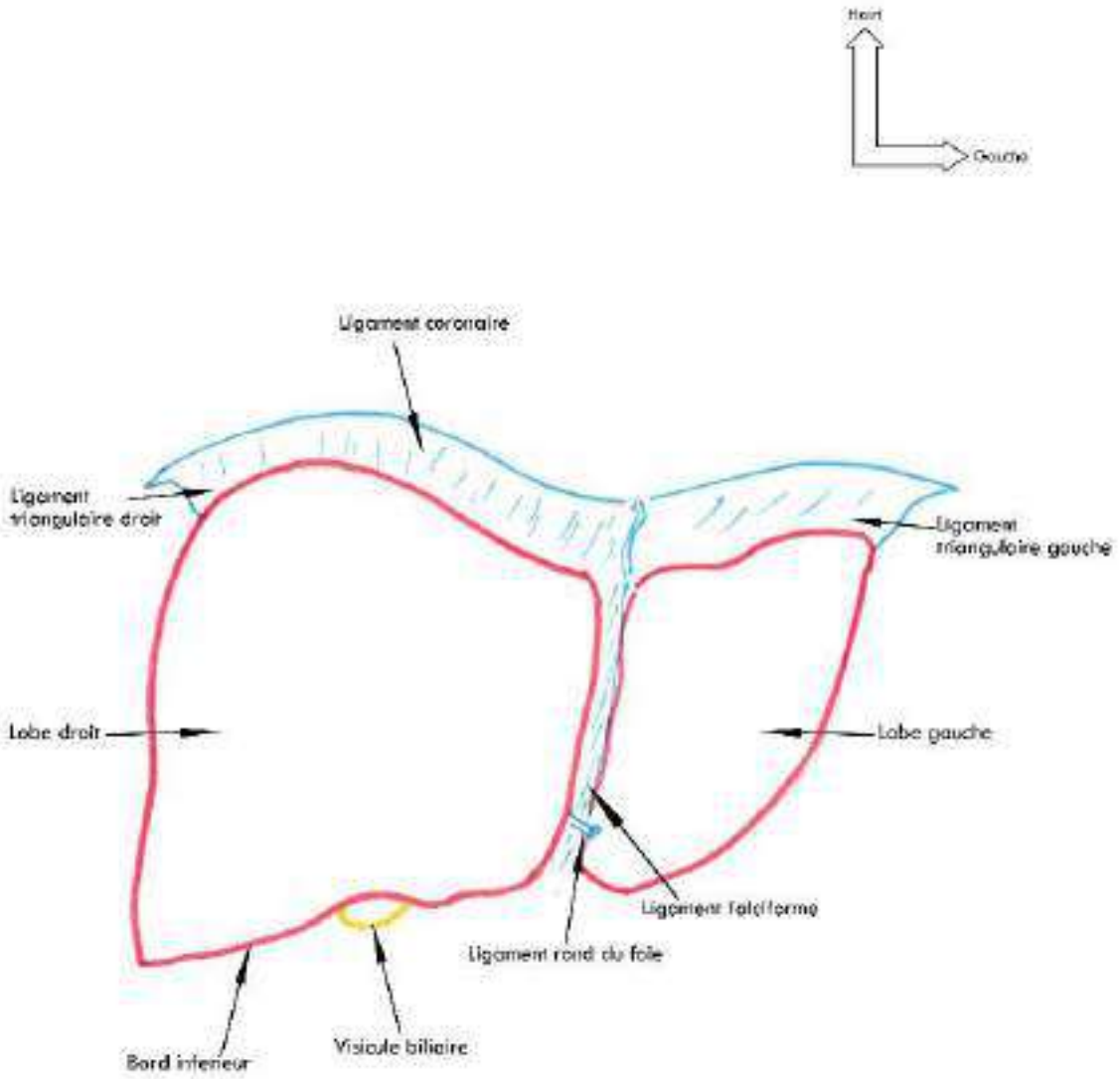


Figure 5 : Configuration externe du foie (face anterieur)

1.2.4.3.Situation épidémiologique

En République du Congo, les récentes données de GLOBOCAN de 2022, place le cancer du foie en quatrième position de tous les cancers diagnostiqués avec 268 cas (9,8%).

1.2.4.4.Facteurs de risque

Les facteurs suivants exposent au cancer du foie :

- les mutations génétiques ;
- l'âge supérieur à 50 ans ;
- les hépatites virales chroniques B, C et D ;
- l'obésité
- la consommation de l'alcool et le tabac ;
- l'aflatoxine (toxine contenue dans les arachides mal conservée) ;
- les contraceptifs oraux.

1.2.5. Cancer colorectal

1.2.5.1.Définition

Le cancer colorectal est la prolifération cellulaire anarchique et incontrôlée développée aux dépens des éléments constitutifs des tissus (cellules) du segment du tube digestif compris entre l'intestin grêle et l'anus avec la capacité de développer des métastases.

1.2.5.2.Anatomie

Le tube digestif part de la cavité buccale à l'anus et comprend l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le côlon, le rectum et l'anus (figure 5).

Le colon est situé entre la valvule de BAUHIN (jonction iléo-caecale) et le rectum.

Le rectum fait suite au côlon et se termine à la limite supérieure de l'anus.

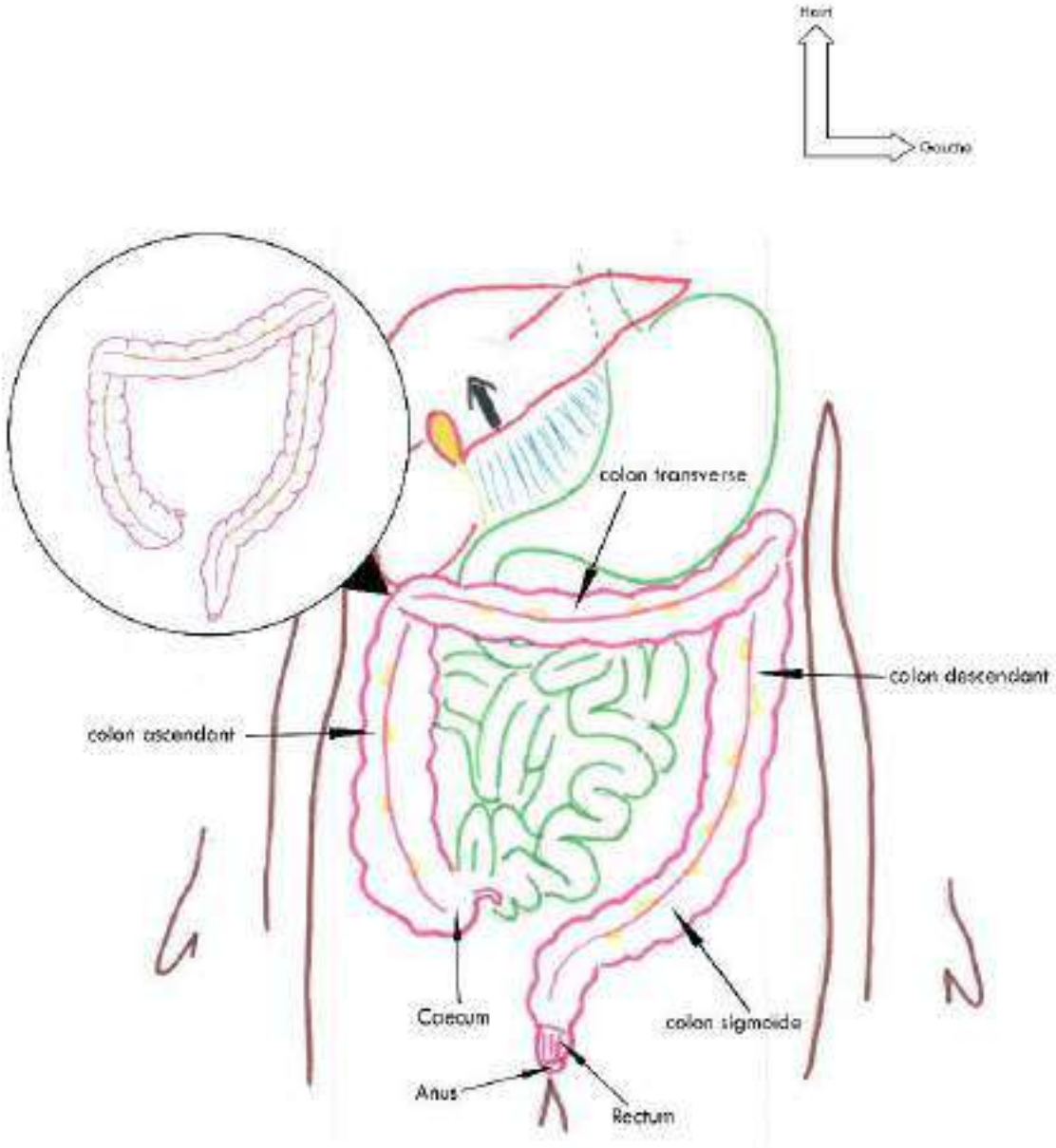


Figure 6 : Portion intra abdominale du tube digestif

1.2.5.3.Situation épidémiologique

En République du Congo, les récentes données de GLOBOCAN de 2022, place le cancer colorectal en cinquième position de tous les cancers diagnostiqués avec 168 cas (6,2%).

1.2.5.4.Facteurs de risque

Les facteurs de risque suivants exposent au développement du cancer colorectal :

- les mutations génétiques ;
- les antécédents familiaux de cancer ;
- l'obésité ;
- les maladies inflammatoires chroniques intestinales ;
- le comportement alimentaire (consommation de viande rouge d'aliments fumés et salés, alimentation pauvre en fibres) ;
- l'alcool ;
- le manque d'activité physique (sédentarité).

CHAPITRE II: PREVENTION DES LESIONS PRE-CANCEREUSES ET DE LA MALADIE CANCEREUSE

Les prestataires de service pour la prévention sont les agents de santé communautaire, les assistants sanitaires, les infirmiers, les sages femmes, les aides-soignants, les agents techniques de santé, les médecins et autres agents de santé. A ce titre, les lignes directrices pour eux seront un guide pour la prévention et le contrôle des cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du colorectal et du foie.

Dans ce chapitre, il est question de décrire le paquet des services de la prévention et du contrôle, renforcer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population face aux enjeux du dépistage, servir pour la préparation de sessions de formation et d'apprentissage des professionnels et agents de la santé. Elles peuvent aussi être utilisées comme manuel d'auto-apprentissage pour fournir aux prestataires un référentiel de standardisation des procédures de prévention.

Les interventions de santé adaptées aux patients doivent être développées dans les structures sanitaires existantes répondant aux normes d'infrastructures définies par les structures compétentes (CSI, hôpitaux de référence) ; des aménagements peuvent être réalisés pour rendre le cadre convivial, surtout la salle d'attente et la salle de consultation. L'essentiel est que le cadre soit intégré aux services existants, non stigmatisant pour les patients.

2. Rôle du prestataire dans la mise en œuvre du paquet de soins et de services

Les différents prestataires de soins et services ont un rôle crucial dans la mise en œuvre des interventions de la prévention et du contrôle des cancers courants dans la communauté.

Dans cette optique, les prestataires doivent veiller à ce que les services obéissent à :

- un bon accueil ;
- une équité ;
- une bonne écoute ;
- une bonne information ;
- des bons conseils ;
- diagnostiquer précocement les lésions précancéreuses et le cancer ;
- aider les membres de la communauté à comprendre les facteurs de risques et les signes des cancers courants ;
- référer, en cas de besoin, les suspects à l'échelon supérieur.

Tableau 1 : Des points de prestation de services et des équipements

Point de prestation de services (PPS)	Prestataire (ressources humaines)	Équipements, MEG et autres produits de santé
Communauté	**Agents de santé communautaire** **Relais communautaire**	▪ **Kit adapté du relais communautaire,** ▪ **Algorithmes ;** ▪ **Registre de référence.**
Poste de santé	**Infirmier**	▪ **Kit IEC,** ▪ Salle d'attente ▪ Salle d'information et de counseling, ▪ la fiche de définition des cas de la maladie cancéreuse (SMIR), ▪ Algorithmes ▪ la fiche de référence.
Centre de santé intégré (CSI)	▪ un médecin généraliste ; ▪ Un assistant sanitaire ; ▪ Deux ATS/ IDE ; ▪ Une sage-femme ; ▪ Un psychologue/ sociologue; ▪ Un registraire/informaticien ; ▪ Un biologiste ; ▪ Un hygiéniste ; ▪ Un agent social.	▪ Normes des équipements définis par la DELM, DSSP, DHPS, DPSA (DGSSSa), DISER, PNLC et DGPOP ▪ Salle d'attente ▪ Salle d'information et de counseling ; ▪ Bureau de consultation équipé de matériel adapté et assurant confidentialité et intimité ; ▪ Bancs et chaises **« à titre indicatif » ;** ▪ **Des matériels de communication ;** ▪ **Algorithmes** ; ▪ **Produits de santé** ; ▪ **Fiche de référence et de contre référence**
Hôpital de référence/ hôpital de base	▪ En plus du personnel requis pour un CSI ; ▪ Un médecin/généraliste et autres spécialistes ;	▪ En plus des normes des équipements définis par la DELM, DSSP, DH, DTS, DHPS (DGSSSa), DISER, PNLC et DGPOP ; ▪ Salles d'attente ; ▪ Bureaux de consultation équipé de matériel ; ▪ Salles d'hospitalisation ; ▪ Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ; ▪ Algorithmes (schéma thérapeutique standardisé) ; ▪ MEG et autres produits de santé ; ▪ Instruction d'accessibilité financière aux soins (gratuité, AMU, financement basé sur la performance) ; ▪ **Fiche de référence et de contre référence**

2.1.Prévention primaire

2.1.1. Prévention primaire pour le cancer du sein.

Au niveau primaire, les agents de santé doivent mettre l'accent sur l'éducation et sensibilisation pour un changement de comportements, sur la connaissance des facteurs de risque à travers les mesures suivantes :

- Encourager l'allaitement au sein et prolongé jusqu'à 2 ans ;
- Encourager la pratique de l'activité physique ;
- Encourager une alimentation saine afin d'éviter l'obésité et la surcharge pondérale ;
- Eviter la consommation abusive d'alcool et de graisse animale ;
- Arrêter la consommation du tabac.

2.1.2. Prévention primaire pour le cancer de la prostate.

La prévention primaire (anticipation) est centrée notamment sur la réduction (éviction) ou l'adaptation aux facteurs de risques les mesures suivantes sont précisées:

- identifier des antécédents familiaux du cancer de la prostate ;
- réduire l'exposition aux facteurs environnementaux (pesticides, et perturbateurs endocriniens) ;
- réduire ou arrêter la consommation excessive d'alcool
- arrêter la consommation de tabac (à fumer, à chicher) ;
- réduire le comportement alimentaire à risque ou défavorable à la santé (alimentation riche en graisse) ;
- traiter les infections de la prostate ;
- lutter contre la sédentarité par les exercices physiques en salle ou à l'air libre.

2.1.3. Prévention primaire pour le cancer du col de l'utérus.

Les mesures de prévention primaires préconisées sont, notamment :

- encourager la vaccination contre l'infection à HPV de la population cible : jeunes filles de 9 à 13 ans. La vaccination est envisageable chez les jeunes filles et femmes de 13 à 25 ans (pas encore de rapports sexuels ou au plus tard dans les 12 mois suivants le début de leur vie sexuelle).
- éviter les infections sexuellement transmissibles ;
- réduire les partenaires sexuels multiples protégés, ou le contrôle, la fidélisation du ou de la partenaire ;
- encourager l'éducation complète à la sexualité parentale ;
- adopter le changement de comportement favorable à la bonne hygiène sexuelle ;
- réduire ou arrêter la consommation excessive d'alcool ;
- arrêter la consommation de tabac (à fumer, à chicher) ;

- réduire le comportement alimentaire à risque ou défavorable à la santé (alimentation riche en graisse) ;
- lutter contre la sédentarité par les exercices physiques en salle ou à l'air libre.

2.1.4. Prévention primaire pour le cancer du foie

La prévention primaire préconise la lutte contre les facteurs exposant le cancer du foie par :

- le dépistage et le traitement des hépatites virales chroniques B, C et D ;
- la vaccination contre l'HVB ;
- la pratique de l'exercice physique
- réduire ou arrêter la consommation excessive d'alcool ;
- arrêter la consommation de tabac (à fumer, à chicher) ;
- éviter la consommation des arachides mal conservées).

2.1.5. Prévention primaire pour le cancer colorectal.

Les mesures d'anticipation se focalisent sur la lutte contre les facteurs de risque suivants exposant au développement du cancer colorectal :

- rechercher les antécédents familiaux de cancer ;
- encourager la pratique sportive ;
- assurer le suivi des personnes présentant les maladies inflammatoires chroniques intestinales ;
- réduire la consommation de viande rouge (bœuf, port, mouton, etc…), d'aliments fumés et salés ;
- réduire d'utilisation des agents de conservation comme des nitrites ou des nitrates ;
- la consommation modérée de l'alcool ;
- promouvoir la pratique de l'activité physique.

2.2.Prévention secondaire (Prise en charge psycho-sociale)

2.2.1. Dépistage des cancers courants

2.2.1.1. Cancer du sein

- **Cible**

  Le dépistage s'adresse à
  - femme âgée de 40 à 69 ans
  - personne présentant une histoire familiale de cancer du sein (grand-mère, mère, sœur, tante) ;
  - femmes pré ménopausées sous hormonothérapie.

- **Circonstances de dépistage**
    - Orientation globale tous les deux ans : femme sans symptômes
    - Femme présentant des symptômes

- **Signes d'alertes**
    - Une boule ou nodule au niveau du sein ;
    - Déformation du sein ;
    - Rétraction du mamelon ;
    - Perte sanguine par le mamelon ;
    - Ecoulement mammaire ;
    - Ganglions à l'aisselle ;
    - masse à l'aisselle (creux axillaire);
    - changement de la taille ou de la forme du sein;
    - changements mamelonnaires, comme un mamelon qui commence soudainement à pointer vers l'intérieur (mamelon inversé);
    - écoulement du mamelon sans qu'on le comprime ou qui est teinté de sang.

- **Conditions du dépistage**

  Le dépistage se fait dans les formations sanitaires remplissant les conditions suivantes
    - Disponibilité d'une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée ;
    - Présence d'un personnel de santé dûment formé à l'examen du sein ;
    - Présence d'un mammographe et un échographe.

- **Auto palpation** (Cf fiche technique en annexe)

2.2.1.2.Dépistage du cancer de la prostate

- **Cible**

  La population concernée au dépistage du cancer de la prostate est celle des hommes
    - à partir de 50 ans.
    - à partir de 45 ans si existence d'une histoire familiale de cancer de la prostate (grand-père, père, frère, oncle, cousins), du sein (chez la mère) ou de l'ovaire.

- **Rythme :** tous les ans
- **Circonstances de dépistage**
    - Orientation globale tous les ans chez les hommes sans symptômes
    - Homme présentant des symptômes

- **Signes d'alerte**

  Les signes et symptômes du cancer de la prostate comprennent ceux-ci :

- Besoin d'uriner plus souvent (mictions fréquentes), surtout la nuit;
- besoin pressant ou soudain d'uriner (mictions urgentes);
- difficulté à commencer à uriner (effort à la miction);
- jet d'urine faible ou lent;
- jet d'urine qui s'interrompt (il commence, puis il s'arrête);
- incapacité de vider complètement sa vessie;
- difficulté à contrôler sa vessie (incontinence), ce qui peut entraîner des fuites urinaires;
- présence de sang dans l'urine ou le sperme ;
- sensation de brûlure ou douleur lorsqu'on urine;
- douleur ou raideur dans le dos, les hanches ou le bassin qui ne disparaît pas;
- fatigue.

- **Conditions du dépistage**

  Le dépistage se fait dans les formations sanitaires remplissant les conditions suivantes
  - Disponibilité d'une salle d'examen respectant l'intimité, bien éclairée ;
  - Présence d'un personnel de santé dûment formé à l'examen clinique complet permettant la réalisation d'un toucher rectal ;
  - Dosage de PSA (antigène spécifique de la prostate)
  - Echographie de la prostate
  - IRM de la prostate (référence au niveau supérieur)

  NB : la confirmation du diagnostic de cancer de la prostate est anatomo-pathologique (biopsie).

2.2.1.3. Cancer du col de l'utérus

- **Cible**

  Le dépistage s'adresse à des
  - femmes âgées de 25 à 65 ans révolus
  - femmes sexuellement actives
  - femmes vivant avec le VIH

- **Circonstances de dépistage**
  - Orientation globale
  - Femme présentant des symptômes

- **Rythme**
  - un an après le premier rapport sexuel
  - puis tous les deux ans si absence d'anomalies au dépistage
    ou tous les 6 mois si présence d'anomalies

- **Signes d'alerte**
    - Métrorragie spontanée et post coïtal
    - Pertes vaginales abondantes et malodorantes
    - Douleur pendant les rapports sexuels
    - Douleurs pelviennes

- **Conditions du dépistage**

  Le dépistage se fait dans les formations sanitaires remplissant les conditions suivantes
    - Disponibilité d'une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée ;
    - Présence d'un personnel de santé dûment formé à l'examen du col utérin ;
    - Présence d'un la réalisation des tests visuels (IVA/IVL) ;
    - Test HPV ;
    - Frottis cervico-utérin ;
    - Colposcopie.

  NB : la confirmation du diagnostic de cancer du col de l'utérus est anatomo-pathologique (biopsie).

2.2.1.4.Prévention secondaire du cancer du foie

- **Cible**

  Le dépistage du cancer du foie s'adresse à des patients
    - ayant une hépatite chronique virale B, C ou D
    - cirrhotiques quel qu'en soit la cause ;
    - ayant une histoire familiale de cancer du foie
- **Circonstances de découverte** : personnes présentant des signes

- **Rythme** : tous les 6-12 mois

- **Signes d'alerte**
    - Ictère
    - Douleur de l'hypochondre droit

- **Conditions du dépistage**

  Le dépistage se fait dans les formations sanitaires remplissant les conditions suivantes
    - Disponibilité d'une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée ;
    - Présence d'un personnel de santé dûment formé à l'examen du foie ;
    - dosage de l'alpha foeto protéine (AFP) ;
    - échographie abdominale.

  NB : Par consensus, la confirmation du diagnostic de cancer du foie peut être

- Radiologique et biologique : tomodensitométrie ou IRM avec injection de produit de contraste montrant un nodule hypervascularisé + alpha foeto protéine ≥ 200/µg/ml (référence hôpitaux généraux et CHU)
- Anatomo-pathologique (ponction biopsie hépatique ou PBH)

2.2.2. Prévention secondaire du cancer colorectal

- **Cible**

  Le dépistage s'adresse aux personnes :
  - De plus de 40 ans
  - Présentant une histoire familiale de cancer colorectal (grands-parents, parents, frères, sœurs)
  - Antécédents personnels de polypes recto coliques, de cancer recto colique
  - Maladie inflammatoire chronique intestinale après 5 ans d'évolution
- **Circonstances**
  - Orientation globale
  - Personnes présentant des symptômes
- **Rythme**
  - Tous les deux ans chez patients de plus de 40 ans
  - Suivi adapté au cas
- **Signes d'alerte**
  - la constipation (apparition ou d'aggravation récente) ;
  - la diarrhée chronique (selles pâteuses, de glaires mais parfois des faux besoins) ;
  - l'alternance diarrhée-constipation ;
  - hémorragie digestive : melaena (selles noirâtres, nauséabondes) ; rectorragie ou hématochézie (émission de sang rouge vif non digéré lors de la défécation) ;
  - la douleur abdominale
  - anémie
  - perte d'appétit
  - perte de poids inexpliquée
- **Conditions du dépistage**

  Le dépistage se fait dans les formations sanitaires remplissant les conditions suivantes
  - Disponibilité d'une salle d'examen respectant l'intimité de la personne, bien éclairée ;
  - Présence d'un personnel de santé dûment formé à l'examen digestif ;
  - Test Hemocult ;
  - Rectoscope ou coloscope.

  NB : la confirmation du diagnostic du cancer colorectal est anatomo-pathologique (biopsie tumorale et histologie).

2.3.Prévention tertiaire

Elle vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des invalidités fonctionnelles et des récidives chez les patients avec un diagnostic de cancer. Ainsi, la prise en charge des cancers est totalement réservée aux spécialistes, c'est le troisième niveau de la pyramide sanitaire.
La finalité de la prévention tertiaire est de détecter la rechute locale, la rechute métastatique et détecter autre cancer, même organe ou autre organe.
Aussi, elle gère les effets secondaires et les potentielles complications tardives des traitements reçus ou en cours.
La prévention tertiaire favorise l'observance à un traitement en cours (hormonothérapie…) et améliore la survie, la qualité de vie et le bien être global.

Tableau 2: suivis spécifiques des cancers.

	Suivi	**Gestion des complications**	**Gestion des effets secondaires**	**Apport nutritionnel**	**Réadaptation fonctionnelle**	**Prévention des récidives**
Sein	Examen clinique, échographie mammaire, scanner, marqueurs tumoraux	Kinésithérapie pour lymphœdème, psychothérapie, antalgiques si douleurs chroniques	En fonction du stade de bisphosphates pour ostéoporose, surveillance cardiaque si emploi des anthracyclines.	régime riche en protéines, faible en graisses saturées	exercices ciblés pour mobilité du bras et épaules	Traitement en fonction du suivi
Prostate	dosage du PSA tous les 3 mois, toucher rectal, psychothérapie de soutien	psychothérapie de soutien	En fonction du traitement Psychothérapie de soutien	Facteur de protection (fibres, céréales, fruits, légumes, légumes secs)	Exercices physiques adaptés	Exercices physiques adaptés
Col de l'utérus	Frottis, test HPV, colposcopie, psychothérapie de soutien	En fonction des complications Antalgiques si douleurs pelviennes	En fonction des effets indésirables Psychothérapie de soutien	alimentation riche en fibres et hydratation pour prévenir constipations post-radiothérapie	rééducation pelvienne	Suivi coloscopique régulier
Foie	AFP Echographie TDM TAP IRM du foie	Antalgiques	Hémorragies digestives HTA	Régime pauvre en protéines		Lutte contre les hépatites virales B et C alcool, diabète, obésité
Colon rectum	ACE Coloscopie TDM TAP	Régulateur du transit Antalgiques	Gestion de la stomie	fibres alimentaires, fruits		Réduction des viandes rouges

2.4.Prévention quaternaire

La prévention quaternaire est définie par l'OMS comme l'ensemble des soins palliatifs auprès des malades qui ont dépassé le stade des soins curatifs et qui se trouvent au stade terminal. Elle inclut aussi l'accompagnement des mourants.

Elle vise à éviter ou réduire les interventions médicales inutiles ou excessives, en protégeant les patients des effets indésirables et des surtraitements.

2.4.1. Soins palliatifs

Ils seront appliqués dans les différents types de cancers pour éviter la surmédicalisation et les interventions invasives. Elle comprendra, prise en charge holistique (psycho sociale, spirituelle, etc) pour les gestions des symptômes.
Référence et contre référence

2.4.2. Accompagnement

Il est essentiel pour une médecine plus éthique et responsable. Cette approche demande une formation continue des professionnels de santé des patients, ainsi qu'un dialogue ouvert et respectueux avec le patient. Il inclura :

- Aide administrative pour l'accès des droits
- Soutien pour la gestion des relations familiales et sociales

2.4.3. Lieux des soins palliatifs et de confort

- A domicile, grâce à l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs, aux relais communautaires
- En établissement : unités de soins palliatifs, hôpitaux ou maisons des médicalisées
- En collaboration avec des réseaux de soutien : associations de lutte contre le cancer, les associations malades

CHAPITRE III: DIRECTIVES DE LA PRISE EN CHARGE

Les cinq directives nationales pour la prévention des cancers courants dans la communauté et les raisons d'être suivants ont été définis pour les services de santé des populations de l'aire de santé.

Directives I : Au niveau du Point de Prestation de Service (PPS), toute la population de l'aire de santé, quelles que soient les circonstances, a accès aux informations et aux conseils appropriés sur les cancers courants dans la communauté.

Raisons - d'être :

- La population de l'aire de santé n'a pas accès aux informations appropriées en matière de cancers courants (sein, col de l'utérus, colorectal, prostate etc,);
- Les supports d'information existants ne sont pas disponibles au niveau du point de prestation (CSI et Hôpitaux de référence) ;
- La population de l'aire de santé ne sont pas informés de l'existence des paquets de services de prévention et de contrôle des cancers courants intégré aux PMA et PCA ;
- La population de l'aire de santé bien informés peut devenir des pairs éducateurs en sur les facteurs de risque, de signes et symptômes des cancers courants.

Recommandations

- Renforcer l'information, l'éducation et la communication sur les facteurs de risque, de signes et symptômes des cancers courants dans les communautés cibles
- Intégrer les services de prévention et de contrôle des cancers courants dans le PMA et PCA
- Renforcer la sensibilisation des communautés cibles sur l'utilisation des services
- Impliquer les acteurs communautaires dans les actions de prévention et contrôle des cancers courants

Directive II : Tous les agents de santé des CSI et hôpitaux de base ou de référence, ont les connaissances, les aptitudes requises pour offrir de manière efficace, efficiente et conviviale, des services de santé sur les cancers courants.

Raisons - d'être :

- La population de l'aire de santé ne devrait déplorer avoir des informations erronées sur les cancers courants de la part des agents de la santé lorsqu'ils fréquentent les centres de santé ;
- les prestataires des PPS n'ont pas souvent la formation requise pour faire la promotion et la prévention sur les cancers courants ;
- les prestataires de PPS ne respectent toujours les protocoles thérapeutiques (algorithmes).

Recommandation

- Renforcer les capacités du personnel des CSI et hôpitaux de base dans l'offre des soins et services de prévention de contrôle des cancers courants (diffusion des guides, formation et supervision) ;
- Encourager l'affichage des protocoles de prise en charge des cancers courants au niveau des PPS ;
- Appliquer les protocoles thérapeutiques standardisés (algorithmes).

Directive III : Le point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à toutes les populations des services de qualité adaptés à ses besoins sur toute l'étendue du territoire national.

Raisons - d'être :

- Il n'existe pas de listes d'équipements standards pour les cancers courants dans la communauté ;
- Les PPS existants, tant dans le secteur public, privé que confessionnel, ne sont pas suffisamment organisés et/ou équipés pour offrir des services de qualité à la population congolaise ;
- le mode de fonctionnement des services de santé n'est pas adapté aux attentes de la population congolaise en matière des cancers (horaire et jour d'ouverture etc…).

Recommandation

- Mettre en place des unités de dépistage et de prise en charge des cancers courants nanties de ressources (humaines, matérielles) dans les FoSa de 1er et 2ème échelon de la pyramide de soins pour l'offre de soins de qualité ;
- Organiser les structures confessionnelles dans la promotion et l'offre des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie relatifs aux cancers courants.

Directive IV : Le système de gestion des PPS prend en compte de façon appropriée les aspects liés aux données des cancers.

Raisons - d'être

- Les supports de collecte de données ne prennent pas en compte de façon appropriée les aspects liés aux données des cancers ;
- les supports de collecte de donnée standardisées à l'approche passive et active des données des cancers ne sont pas disponibles dans tous les PPS ;

- les systèmes de supervision, de suivi et évaluation n'intègrent pas de façon appropriée les données des cancers courants dans la communauté ;
- le système de coordination ne prend pas suffisamment en compte les activités de cancers courants dans la communauté;
- les données statistiques désagrégées en matière des cancers courants dans la communauté ne sont pas disponibles dans les PPS.

Recommandations

- Elaborer les outils de collectes des données communautaires
- Paramétrer les outils de collecte de données de cancers courants dans le DHIS2
- Améliorer le fonctionnement du registre de cancers (CanReg)
- Soutenir l'interopérabilité du registre de cancers avec DHIS2

Directives V : Au niveau de la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population, quelles que soient le statut, participe à la gestion de la santé et d'autres ressources.

Raisons - d'être :

- la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population identifient les facteurs de risque, les problèmes en liens avec et les cancers courants (sein, col de l'utérus, colorectal, prostate etc,) et les moyens de les résoudre;
- la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population mobilisent les ressources locales ;
- la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population participent au suivi, à la mise en œuvre et l'évaluation des actions menées ;
- la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population créent des partenariats et des réseautages en faveur de la lutte des cancers

RECOMMANDATIONS :

- Encourager la participation communautaire et les partenaires aux financements des activités en liens avec les cancers courants ;
- Encourager la redevabilité des services de santé vis-à-vis de la communauté ;
- Renforcer la décentralisation des composantes opérationnelles du PNLC.

CHAPITRE IV : APPLICATIONS DES LIGNES DIRECTRICES

Elle se fait selon les échelons de soins de santé primaires et le continuum maladie cancéreuse – santé (prévention du risque et promotion de la santé intégrant ainsi l'approche one health). A ce titre, les trois niveaux sont sous la responsabilité du district sanitaire qui renferme en son sein l'équipe cadre du district. Les activités proposées au niveau des hôpitaux de référence ne devraient pas faire l'objet d'un débat car le directeur de l'hôpital fait partie de l'équipe cadre du district pour assurer la supervision des activités menées.

Directives I : Au niveau du Point de Prestation de Service (PPS), toute la population de l'aire de santé, quelles que soient les circonstances, a accès aux informations et aux conseils appropriés sur les cancers courants dans la communauté			
Recommandations	Communauté	Poste de santé/ CSI	HR
• Renforcer l'information, l'éducation et la communication sur les facteurs de risque, de signes et symptômes des cancers courants dans les communautés cibles ; • Intégrer les services de prévention et de contrôle des cancers courants dans le PMA et PCA ; • Renforcer la sensibilisation des communautés cibles sur l'utilisation des services ; • Impliquer les acteurs communautaires dans les actions de prévention et contrôle des cancers courants ;	1. Diffuser les messages sur les facteurs de risques des cancers courants, les effets secondaires, l'hygiène et la nutrition ; 2. Encourager les populations à fréquenter le centre de santé/PS ; 3. Mettre à disposition des malades les médicaments et autres produits de santé (traitement symptomatique) pour les cancers courants au stade terminal ; 4. Mobiliser les communautés en faveur du dépistage et des soins palliatifs.	1) Rendre disponibles les messages clés aux acteurs communautaires ; 2) Rendre attractif le PS/CSI (salubrité, accueil…) ; 3) Superviser des actions menées par les acteurs communautaires y compris les équipes mobiles des soins palliatifs ; 4) Identifier les canaux de communication ; 5) Identifier les cibles et les acteurs communautaires ; 6) Appliquer les soins préventifs (IEC, vaccination, MEG) et de contrôle des cancers ; 7) Former les membres de la communauté (COSA).	1. Rendre disponibles les messages clés aux CSI 2. Former les responsables des PS/CSI 3. Participer à la supervision des activités menées dans le PS/CSI et la communauté

Directive II : Tous les agents de santé des CSI et hôpitaux de base ou de référence, ont les connaissances, les aptitudes requises pour offrir de manière efficace, efficiente et conviviale, des services de santé sur les cancers courants			
• Renforcer les capacités du personnel des CSI et hôpitaux de base dans l'offre des soins et services de prévention de contrôle des cancers courants (formation et supervision) ; • Doter les CSI et hôpitaux de district les outils de formations (protocoles standardisés et algorithmes) ;		1) Appliquer les algorithmes de prise en charge des cancers de courants ; 2) Mettre à disposition des acteurs communautaires les médicaments et autres produits de santé (traitement symptomatique) pour les cancers courants au stade terminal.	1 Participer à la formation des formateurs sur les outils de prise en charge des cancers courants ; 2 Former les personnels des CSI dans l'utilisation des algorithmes de prise en charge sur les cancers courants ; 3 Mettre à la disposition des CSI des outils de prise en charge des cancers courants ; 4 Participer à la supervision du personnel des CSI.
Directive III : Le point de prestation de service (PPS) est organisé pour offrir à toutes les populations des services de qualité adaptés à ses besoins sur toute l'étendue du territoire national			
• Mettre en place des unités de dépistage et de prise en charge des cancers courants nanties de ressources (humaines, matérielles) dans les FoSa de 1er et 2ème échelon de la pyramide de soins pour l'offre de soins de qualité ; • Organiser les structures confessionnelles dans la promotion et l'offre des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie relatifs aux cancers courants.		1) Créer et organiser le fonctionnement d'une unité de dépistage des cancers du sein, de la prostate et du col utérin ; 2) Référer tous les patients suspects des cancers courants à l'hôpital de district.	1. Créer et organiser le fonctionnement d'une unité de dépistage des cancers courants ; 2. Former les équipes multidisciplinaires des structures confessionnelles sur le soutien psychosocial et les soins palliatifs ; 3. Coordonner les interventions de dépistages, de soutien psychosocial et des soins palliatifs des cancers courants dans les CSI et la communauté.

Directive IV : Le système de gestion des PPS prend en compte de façon appropriée les aspects liés aux données des cancers.			
• Elaborer les outils de collectes des données • Paramétrer les outils de collecte de données de cancers courants dans le DHIS2 • Améliorer le fonctionnement du registre de cancers (CanReg) • Soutenir l'interopérabilité du registre de cancers avec DHIS2 (recommandation globale)		1) Renseigner les supports de collecte de données ; 2) Transmettre les supports renseignés au niveau du district sanitaire.	1. Renseigner les supports de collecte de données ; 2. Transmettre les supports renseignés au niveau du district sanitaire ; 3. Participer à la supervision de la collecte de données.
Directives V : Au niveau de la communauté et du Point de Prestation de Service (PPS), l'individu, la communauté de l'aire de santé et la population, quel que soit le statut, participe à la gestion de la santé et d'autres ressources.			
• Encourager la participation communautaire et les partenaires aux financements des activités en liens avec les cancers courants ; • Encourager la redevabilité des services de santé vis-à-vis de la communauté ;	1. COSA : Participer aux activités de plaidoyer pour la mobilisation de ressources ; 2. COSA : Rendre compte à la communauté de la gestion de ressources ; 3. COSA : inciter la communauté à adhérer aux	1) Former les membres des organes de participation communautaire (COSA, relais communautaires) sur les activités de plaidoyer ; 2) Superviser le COSA et les RECO sur les initiatives de	1. Soutenir les réunions de plaidoyer sur la mobilisation de ressources au niveau du CSI et de la communauté ; 2. Participer à la supervision des CSI et des COSA dans la mise en œuvre des initiatives

• Renforcer la décentralisation des composantes opérationnelles du PNLC.	initiatives de mobilisation de ressources.	mobilisation de ressources ; 3) Mettre à la disposition de COSA et de RECO des supports de mobilisation de ressources.	sur la mobilisation de ressources.

CHAPITRE V: INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DES LIGNES

Dissémination des lignes directrices nationales

Le document des lignes directrices nationales pour la prévention des cancers courants n'est pas un document à disséminer tous azimuts comme un document de politique ou de stratégie. Il s'agit à proprement parler d'un guide pour la mise en place des PPS qui offriront des services pour la prévention des cancers courants. A ce titre, chaque gestionnaire à chaque niveau de la pyramide sanitaire doit s'approprier entièrement le rôle qui est le sien.

Planification et mise en œuvre des lignes directrices

Les colonnes du tableau qui décrivent les actions à mener à chaque niveau de la pyramide sanitaire sont les plus importantes à considérer par les gestionnaires. Par exemple, la première colonne décrit l'ensemble des guides, des protocoles, des curricula ou des outils que le niveau national doit s'efforcer de développer ou de mettre à jour de façon continue pour une amélioration de la qualité des services dans les PPS. Il ne s'agit pas d'attendre que tous les outils listés soient disponibles avant de commencer le processus de mise en place des PPS offrant des services pour la prévention des cancers courants dans la communauté. Il s'agit d'inscrire le développement de tous ces outils dans les plans annuels de travail en priorisant ceux qui sont les plus importants. Les équipes cadres des directions départementales de la santé et les équipes cadres de district sanitaire (ECD), lorsqu'elles sont bien orientées sur le contenu des lignes directrices nationales, peuvent initier des actions décentralisées de mise en place de service des cancers courants dans la communauté sans nécessairement attendre des directives du niveau central. Il y a des actions à mener au niveau du PPS qui ne nécessitent aucun apport du niveau central. Même les prestataires d'un PPS peuvent, sur la base du document des lignes directrices nationales des cancers courants, prendre des initiatives simples visant à rendre leur PPS plus accueillants pour la population congolaise en générale et la population de l'aire de santé en particulier sans attendre des directives du niveau central. Il suffit que les initiatives soient conformes aux directives nationales édictées.

Partenariat

La mise en œuvre de ces directives ne relève pas uniquement du secteur de la santé d'où la nécessité de renforcer la collaboration intra et intersectorielle, la collaboration entre les secteurs publics et privés, les ONG et les Associations y compris les Ordres professionnels, ainsi que la responsabilisation des communautés.

Coordination des interventions

Toute nouvelle formation sanitaire devrait se conformer aux éléments contenus dans ce document des directives nationales pour un souci d'harmonisation et de comparaison des performances. Le Programme Nationale de Lutte contre le Cancer (PNLC) est la structure du Ministère de la Santé

et de la population en charge de la mise en œuvre des directives nationales pour la prévention des cancers courants et de la coordination des interventions.

Pour les niveaux départemental et opérationnel, la coordination sera assurée par les DDSSsa et les ECD, ainsi que le suivi et la supervision.

Suivi/évaluation -SNIS

Il ne s'agit pas de créer un autre système parallèle de collecte, de traitement et de diffusion de l'information concernant les cancers courants dans la communauté mais plus tôt une intégration dans le système national d'information sanitaire existant. Ainsi, pour chaque type de cancer les indicateurs retenus sont ci-dessous

Tableau 3: Indicateurs des cancers

Indicateurs	Niveaux d'évaluation	Commentaires
Nombre de sensibilisations réalisées/an Nombre de dépistages réalisés/an Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein Taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus Taux de participation au dépistage organisé du cancer de la prostate Taux de participation organisé du cancer du colon Taux de participation de la population au dépistage organisé du cancer (les trois types de cancer)	Au niveau de la communauté	Performance du programme
Facteur de risque et prévention ✓ Nombre de consommateurs de tabac ✓ Nombre de consommateurs d'alcool ✓ Taux de surpoids ✓ Pourcentage de personnes ne pratiquant pas d'activité physique Indicateurs ✓ Incidence des lésions précancéreuses	Formations sanitaires 1er échelon	
Incidence des lésions précancéreuses Incidence des cancers Taux de mortalité Taux de survie à 5 ans*	Hôpital de district	Incidence et mortalité hospitalières Les mesures de risque concernent les différents types de cancer cités

Les indicateurs de suivi et d'évaluation des lignes permetent de mesurer l'éfficacité et l'éfficiences de l'intégration des composantes opérationnelles de la PEC des lésions pré-concereuses et de la maladie cancéreuse dans le CSI et l'HD. En conformité avec le PSN du PNLC les indicateurs suivants sont proposés :

Tableau 4: Indicateurs de suivi et d'évaluation

Domaines	Intrants (ressources)	Processus	Extrants	Résultats	Effets
Prévention primaires			−		
IEC	**Taux de disponibilité de ressources en IEC ,**	− Proportion des sessions de formation, réunions tenues, − Taux de participation	− Proportion de personnes formées − Proportion de justificatifs éligibles − % de FOSA communiquant sur les risques de lésions précancéreuses et de la maladie cancéreuse	− Proportion des personnes motivées (sensibilisées) à fréquenter les services officiels de district de santé (taux de prévalence) − proportion de cibles ou vulnérables ayant bénéficiés de la communication sur les risques et facteurs de risques	− Gradient de CAP post communication
Vaccination	▪ Taux **de disponibilité de ressources,** ▪ Taux de populations attendues clés ou vulnérables ; ▪ Taux de disponibilité de GenExpert, de MEG, anticancéreux et autres produits de santé	**Proportion de commandes de vaccins commandées ou acquises**	Proportion de sessions de formations, de vaccination en SF, SA et SM organisées	➢ Proportion de sessions de vaccination en SF, SA et SM organisées, ➢ Proportion de MAPI / FOSA ; • Taux de pertes en vaccin	➢ Taux de couverture vaccinale ➢ Taux d'abandon ➢ Taux de satisfaction
Prévention secondaire					
Detection, dépistage / diagnostic	▪ Taux de disponibilité des ressources ;	○ Proportion des sessions de formation tenues ;	○ Proportion de personnels formées ; ○ Taux d'application des algorithmes ;	○ Proportion des cas dépistés selon le statut de vulnérabilité (FEFA, nouveau-nés, Enfants,	

	▪ Taux de populations attendues clés ou vulnérables ; ▪ Taux de disponibilité des files actives ; ▪ Taux de disponibilité de Genexpert, de MEG et autres produits de santé	○ Taux de participation ; ○ Sensibilité et spécificité du test ;	○ Taux d'infections liées aux soins médicaux ou chirurgicaux ○ Taux de complétude, de promptitude et d'exactitude de rapports ; ○ % de FOSA renseignant le DIHS2 ou EWARS ○ TC, TP et TE de rapports	personnel de santé animale et humaine, etc) ○ Taux d'utilisation des FOSA; ○ Proportion des cas diagnostiqués (vrais ou faux positifs) ou non (faux négatifs) connaissant le statut; ○ Taux de satisfaction ○ Proportions de personnes à risque ou affectés par les maladies et événements prioritaires correctement diagnostiquées (vrais positifs) ou non (faux négatifs); Taux de satisfaction	
Traitement curatif et psychosocial	▪ Taux de disponibilité des ressources ; ▪ Taux de populations attendues clés ou vulnérables ; ▪ Taux de disponibilité des files actives ; ▪ Taux de disponibilité d'anticancéreux, de MEG et autres produits de santé	○ Proportion des sessions de formation tenues ; ○ Taux de participation ; ○ Sensibilité et spécificité des tests (algorithmes) ;	○ Proportion de personnels formées ; ○ Taux d'application des algorithmes ; ○ Taux d'infections liées aux soins médicaux ou chirurgicaux ○ Taux de complétude, de promptitude et d'exactitude de rapports ; ○ % de FOSA renseignant le DIHS2 ou EWARS ○ TC, TP et TE de rapports	• Proportion des personnes correctement diagnostiquées ayant bénéficié d'un traitement approprié contre les lésions précancéreuses et maladies cancéreuses (curatif ou promotionnels); • taux de réussite ou d'échecs thérapeutiques ; • Taux de satisfaction ; ○ Taux de référence et de contre référence	• Taux de guérison, de rémission ; • Taux de léthalité ; • Taux d'incidence cumulée et taux de prévalences de la maladie ; • Taux de séroconversion des marqueurs tumoraux, de risques; • Taux de résistance anticancéreuse
Prévention tertiaire					
Traitement palliatif	▪ Taux de disponibilité des ressources ; ▪ Taux de populations attendues clés ou vulnérables ;	○ Proportion des sessions de formation tenues ; ○ Taux de participation ;	○ Proportion de personnels formées ; ○ Taux d'application des algorithmes ; ○ Taux d'infections liées aux soins	• proportion des personnes correctement diagnostiquées ayant bénéficié d'un traitement approprié contre les lésions précancéreuses et	• Taux de guérison, de rémission ; • Taux de morts accompagnés ; • ;

	▪ Taux de disponibilité des files actives ; ▪ Taux de disponibilité d'anticancéreux, de MEG et autres produits de santé	○ Sensibilité et spécificité des tests (algorithmes) ;	médicaux ou chirurgicaux ○ Taux de complétude, de promptitude et d'exactitude de rapports ; ○ % de FOSA renseignant le DIHS2 ou EWARS ○ TC, TP et TE de rapports	maladies cancéreuses (curatif ou promotionnels); • taux de réussite ou d'échecs thérapeutiques ; • Taux de satisfaction ; • Taux de référence et de contre référence	
EHA	▪ Taux de disponibilité des ressources ; ▪ Taux de populations attendues clés ou vulnérables ;	▪ Proportion de FOSA et communautés disposant des conditions d'EHA satisfaisants ; ▪ Taux de disponibilité des incinérateurs	▪ Proportion de FOSA et communautés ayant des compétences en gestion d'EHA, ▪ Durée moyenne de rupture d'eau et de fonctionnement des ouvrages	▪ Taux de couverture des FOSA et communautés en EHA ▪ Taux de points d'eau en panne, réhabilités ▪ Poids en Kg de déchets incinérés par jour, par FOSA	▪ Taux d'incidence cumulée et taux de prévalence des maladies hydriques, climato sensibles ; ▪ Taux de prévalence des communautés ayant atteint la FDAL ; ▪ Indices de pollutions ; ▪ IDH.
Protection sociale	Protection sociale	Proportion des potentiels bénéfiaires (abonnés, indigents, des populations vulnérables)	❖ % des campagnes d'enrôlement réalisées % des personnels et communautés formées (briefées)	❖ Proportion des populations enrôlés (éligibles) ❖ Proportion des Fosa, de personnels ayant des compétences ; ❖ Taux de maitrise de la politique du système de partage de risques financiers (AMU,PBF), de gratuités.	❖ Taux de couverture de la politique, du système de partage de risques ; ❖ Taux d'abandons ; ❖ Taux d'utilisation des Fosa, ❖ Taux de couverture adéquate ; ❖ Taux d'application des instructions sur le partage de risques financiers Taux de satisfaction ou d'insatisfaction

CHAPITRE VI: RISQUE ET MESURES D'ATENUATION

Se référant au PSN du PNLC 2023-2026 et du guide national de la SIMR 2018, les différents risques et mesures d'atténuation adaptés aux lésions cancéreuses et les cancers courants sont :

Tableau 5: Evaluation des risques liés à l'intégration et mitigation

es de risques	Niveaux de risque	Mesures d'atténuation
Faible mobilisation des ressources financières et gestion inadéquate des ressources Mobilisées en faveur de la prévention	**Très élevé**	Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation et suivi régulier du niveau de financement Sécurisation des financements de l'État, notamment les intrants et produits de santé Organisation de rencontres périodiques pour évaluer le niveau de mobilisation de ressources et prendre des actions urgences pour corriger les insuffisances de financement Élaboration et mise en œuvre d'un Plan de mobilisation des ressources et des stratégies de financements innovants Affiner le ciblage et les priorités d'intervention en fonction du niveau de mobilisation effective des ressources Renforcement des capacités de gestion et de redevabilité
Faible qualité des soins et des services anticancéreux	**Très élevé**	Actualisation des procédures et instructions opérationnelles diagnostiques et thérapeutiques ; Briefing des acteurs sur les huit composantes de la qualité des soins ; Organiser les soins sensibles à la qualité et la satisfaction Supervision du personnel Evaluation périodique des soins et des services
Faible capacités des acteurs des CS et HD à l'intégration des composantes opérationnelles du PNLC	**Très élevé**	○ Identifier les faiblesses des postes ○ Organisation des unités fonctionnelles ○ Organisation du circuit du patient ○ Actualisation en standardisant les PMA/PCA ○ Organisation des conditions matérielles d'organisation de la référence et contre référence du patient, de la référence interne ; ○ Disponibilité d'un plan de développement de CS/HD
Absence de pré plan, plan de couverture et d'intégration des composantes opérationnelles du PNLC	**Très Elevé**	○ Formation des membres des ECD sur l'élaboration des pré plans et plans de couverture des aires de santé du DS ○ Renforcement des compétences sur la maitrise des composantes opérationnelles du PNLC ○ Mutualisation des ressources ○ Assurance de l'autoévaluation et de l'évaluation par les pairs
Faible performance de la chaine d'approvisionnement	Élevé	Renforcement des capacités de la CAMEPS Opérationnalisation du SIGL et des modalités de commande des sites (digitalisation de la commande et du suivi de la livraison effective des intrants au niveau des sites)
Persistance des obstacles	Élevé	Plaidoyer pour la levée ou la réduction des paiements aux points de prestation des services

économiques, du genre et droits humains		Suivi de l'application des mesures de réduction des coûts ou de la gratuité Mise en place d'un Groupe de travail genre et droits humains Renforcement des capacités des acteurs dans le domaine du genre et droits humains Suivi de l'intégration et des progrès dans le domaine **genre et droits humains**
Faible disponibilité des ressources humaines au niveau local (déperdition)	Moyen	Mise en place d'un répertoire des personnes formées et lien avec la Direction des ressources humaines du Ministère de la santé pour la gestion adéquate de leur mouvement Organisation d'actions de plaidoyer pour le remplacement ou mise à disposition du personnel Formation de personnel complémentaire
Insuffisance dans la qualité des données	Moyen	Audit de la qualité des données (RDQA et OSDV) Renforcement des capacités des acteurs sur le remplissage des outils et la compréhension des indicateurs Opérationnalisation du dossier électronique des patients Analyse périodique de la qualité des données du DHIS2 et SIGL **Sorties de vérification et correction des données**
Faible promptitude et faible complétude des données	Moyen	Renforcement des capacités des acteurs sur la production des rapports Sorties de collecte active des données non transmises ou manquantes Opérationnalisation du DHIS2 communautaire Implémentation à large échelle du Tracker
Survenue de nouvelles épidémies	Moyen	Renforcement du système de veille, d'alerte précoce et de e- santé Élaboration des plans de contingence Renforcement de la synergie avec les organisations Humanitaires

CONCLUSION

Ce guide de prévention et de dépistage sur les cancers courants est le fruit de la collaboration entre les cadres du ministère de la Santé à travers le programme national de Lutte contre le Cancer (PNLC) et de la Population et les experts de l'OMS.

Il doit être un guide de travail pour les agents de santé des formations sanitaires de différents niveaux, côtoyant tous les personnes à risque. La mise en œuvre de ce guide permet au PNLC de faire le suivi des lignes directives données pour la prévention et le dépistage des cancers courants en République du Congo.

Le PNLC, organe stratégique sur la lutte contre les cancers, encourage les agents de santé à consulter cet outil et à appliquer les directives qui y sont développées, afin de réduire la morbidité et la mortalité des cancers courants en République du Congo.

REFERENCES

1. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer du Maroc 2010-2019
2. Registre des Cancers de la région du Grand Casablanca : année 2004, édition 2007
3. La lutte contre le cancer du col de l'utérus « Guide des pratiques essentielles » OMS 2007
4. Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies Cervicales ; Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), publication technique N°41, Lyon 2004
5. Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales « Manuel à l'usage des débutants » Lyon 2004.
6. Atlas du corps humain Version 2006
7. Dictionnaire virtuel du corps humain
8. Syrjänen and Syrjänen. HPV and cervical adenocarcinoma. In: Papillomavirus infections in human pathology. Wiley & Sons, Chichester; 2000. P.189–206.
9. Clifford et al. Int Papillomavirus Conférence 2004.
10. WORLD HEALTH ORGANISATION Lignes directrices de l'OMS : utilisation de la cryothérapie pour le traitement du néoplasie cervical intraépithéliale. Switzerland: 2015.
11. Dépistage du cancer du col utérin en milieu rural à Madagascar : faisabilité, couverture et incidence Alexandre Dumont, N. Bessières, A. Benbassa, G. Razafindrafara, F. Rabearison, H.-J. Philippe Dans Revue de Médecine Périnatale 2017/1 (Vol. 9), p 25 à 31 3.
12. BLUMENTHAL P. Visual Inspection for Cervical Cancer Prevention: An InteractiveTraining Tool [en CD-ROM]. JHPIEGO ; 2004. 4. CATABELLE R.
13. Colpopanorama réalisé à partir de la collection de la Société Française de colposcopie et pathologie cervico-vaginale (images du Dr COUPEZ F.) [en CDROM] ; 2006. 5.
14. WORLD HEALTH ORGANISATION. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. Switzerland: 2006.
15. MAUVAIS JARVIS P., TAURELLE R. et collaborateurs. Conduite de l'examen gynécologique. Edition Vigot ; 1984.
16. Alliance pour la Prévention du Cancer du Col (APCCP). Planification et Mise en Œuvre des Programmes de Prévention et de Lutte contre le Cancer du Col. Manuel à l'Usage des Organisateurs. Seattle : 2006.
17. JHPIEGO. Cervical Cancer Prevention: Trainer's Notebook; 2005.
18. LEGRAIN G., DELVOYE P., RANJALAHY RASOLOFOMANANA J. Santé de la Reproduction Pratique et Opérationnelle ; 2001.

19. TOURNAIRE M. Mise à jour en gynécologie et obstétrique. Edition Vigot ; 1988.
20. COUPEZ F.J. Colposcopie. EMC 11-60 B 10 ; 1988.
21. MARSAN C., CAVA E., ALEPEE B. Rôle diagnostique du frottis ou intérêt et limite dela cytologie cervico-vaginale de dépistage. EMC 11-74 C 20 ; 1985.
22. WORLD HEALTH ORGANISATION. Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid and treatment with cryotherapy: Ademonstration project in Madagascar, Malawi, Nigeria, Uganda, Tanzania and Zambia;2005.13
23. SANKARANARAYANAN R., RAMANI S. Guide Pratique pour le Dépistage Visuel des Néoplasies Cervicales. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Centre International de recherche sur le Cancer (CIRC). Organisation Mondiale de la Santé – Bureau Régional pour l'Afrique (AFRO). International Network for Cancer Treatement and Research (INCTR). Publication Technique du CIRC N° 41. Lyon, 2004.

ANNEXES

Annexe 1 : Autopalpation

Annexe 2 : Dépistage du sein par un agent de santé

Annexe 3 : Traitement des matériels de dépistage après usage

5. Matériels et consommables nécessaires

- Seau plastique avec couvercle
- Cuvette
- Eau chlorée (dilution à 1 volume d'eau de Javel de 23° pour 13 volumes d'eau)
- Eau savonneuse
- Brosse
- Serviette propre
- Gants de ménage
- Stérilisateur à chaleur sèche

5. Technique

- **Examen clinique (fiche technique)**
  - **Inspection** : ictère, ballonnement abdominale
  - **Palpation** : masse de l'hypochondre droit et/ou de l'épigastre avec ses caractéristiques (consistance dure, sensible, surface irrégulière…)
  - **Auscultation** : souffle
- **Examens paracliniques**

  Les examens paracliniques nécessaires au dépistage du cancer du foie seront réalisés tous les 6 mois et sont les suivants
  - Le dosage de l'alpha foeto protéine (AFP)

    Une valeur supérieure 200 µg/ml est fortement suggestive d'un cancer du foie
  - L'échographie abdominale

    Elle se focalise sur la recherche d'un nodule ou d'une masse du foie.
- **Examens paracliniques**

  Les examens paracliniques nécessaires au dépistage du CCR réalisés à un rythme différent en fonction de la cible et sont les suivants
  - Test hemocult consistant à rechercher le sang dans les selles (tous les deux ans)

    Le prélèvement des selles effectués à domicile sera envoyé au laboratoire d'analyse biologique.
  - Coloscopie

    Elle sera réalisée en cas de test Hemocult positif ou en première intention chez les autres personnes à risque.
- **Examen clinique**
  - **Inspection**
    - De la vulve : leucorrhées (couleur, abondance, odeur)
    - Du col sans préparation avec spéculum : leucorrhées, ulcérations, taches blanches, saignement…

        - Du col avec préparation : tests visuels (IVA/IVL)
            - Condition de réalisation du test
            - Technique
            - Résultats

- **Examens paracliniques**

  Les examens paracliniques nécessaires au dépistage sont les suivants
    - **Frottis cervico utérin**
        - Conditions
        - Technique
        - Résultats
    - **Colposcopie**
- **Examen clinique (voir fiche)**

  Il sera complet mais focalisé sur le toucher rectal (TR) qui se fait chez un patient en décubitus dorsal (voir fiche technique)

  Décrire la technique de TR / dépistage

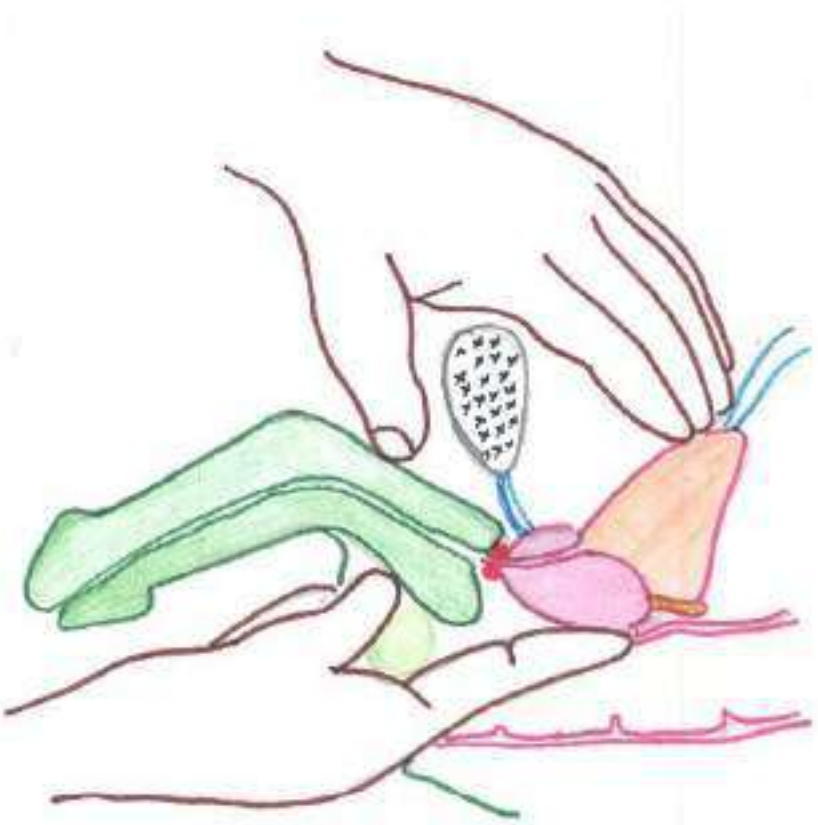


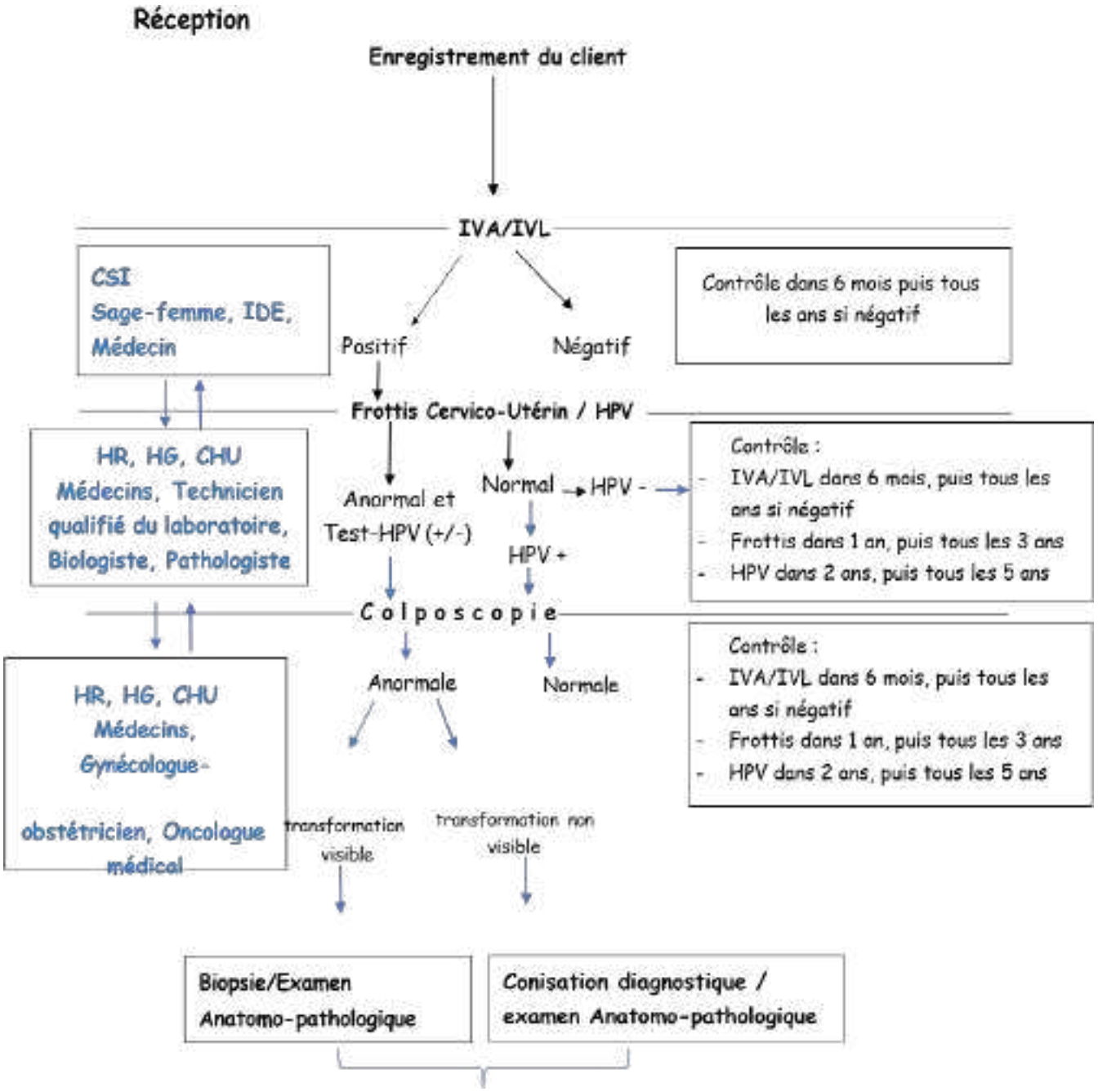
Figure 7 : Toucher rectal (fiche technique)

- **Examens paracliniques**

  Les examens paracliniques nécessaires au dépistage sont les suivants :
    - Un dosage de PSA dans le sang ;
    - IRM prostatique

- Plonger le spéculum et la pince dans le seau rempli d'eau chlorée immédiatement après usage et pendant 10 mn ;
- Les mains protégées par des gants de ménage, laver les instruments en les brossant dans l'eau savonneuse ;
- Bien rincer ;
- Faire sécher sur la serviette ;
- Stériliser dans le Poupinel à 170° pendant 30 mn ;
- Ou pratiquer la DHN dans un bain d'eau bouillante pendant au moins 20 mn, ou stériliser à la vapeur sous pression pendant 30mn ;

6.1. Algorithme décisionnel de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (LPC)



Présence de LPC : Traitement	Absence de LPC : Surveillance

7. Autres méthodes de dépistage du col de l'utérus : Colposcopie et Frottis cervico-utérin (FCU).

7.1. Colposcopie

Elle consiste à examiner le col à l'aide d'une loupe binoculaire qui permet son grossissement de 10 à 20 fois.

a) But : localiser la lésion et guider la biopsie.

b) Avantage : Elle utilise le même principe que la méthode par inspection visuelle IVA-IVL mais offre l'avantage d'une meilleure visualisation des lésions grâce à un plus fort grossissement.

c) Condition : Examen réalisé par un agent formé, dans un centre équipé de colposcope.

d) Technique : 3 temps

Examen du col sans préparation après la pose du spéculum, patiente en position gynécologique ;
Inspection visuelle à l'acide acétique ;
Inspection visuelle au Lugol.

e) Résultats :

Colposcopie satisfaisante : zone de transformations visible (ZT1, ZT2) Colposcopie normale : col rose, pas de zone de transformations atypiques Colposcopie anormale : métaplasie malpighienne immature, colpite, transformations atypiques de grade 1 ou 2 (TAG1, 2) ;
Colposcopie non satisfaisante : zone de transformations non visible (ZT3) ;
Histologie après biopsie : Carcinome intra-épithélial (CIN1, 2, 3), CIS, Cancer épithélial invasif.

f) Observation de diagnostic

La colposcopie l'aspect du col est normal : le prestataire des soins annonce à la participante le résultat de l'examen en la rassurant sur le caractère normal de ce dernier et en lui recommandant de revenir au centre de santé.
La colposcopie révèle un aspect de cancer invasif du col utérin : le prestataire des soins réfère chez le spécialiste

7.2. Frottis cervico-utérin (FCU).

Examen non invasif qui consiste à prélever les cellules superficielles cervicales (endocol et exocol) à l'aide de la spatule de Ayre ou une cytobrosse.

But : le FCU permet de suspecter les lésions précancéreuses.

Conditions de réalisation du prélèvement : centre équipé, personnel formé.
Moment et rythme :
De préférence, au cours de la première moitié du cycle menstruel, après les règles.
Dépend des orientations du programme propre à chaque pays.

Technique de prélèvement

Préparer le matériel et consommables nécessaires au prélèvement
Poser un spéculum non lubrifié et bien exposer le col
À l'aide d'une spatule d'Ayre ou d'une cytobrosse, effectuer un prélèvement au niveau de l'exocol, du vagin et terminer par l'endocol
Étaler chaque prélèvement sur une lame de verre propre
Fixer aussitôt chaque lame avec un cytospray ou une laque capillaire.

Résultats

FCU satisfaisant (interprétable) : FCU normal, Frottis inflammatoire et phénomène de régénération (dystrophie) ; Condylomes, Lésions précancéreuses du col (ASCUS, LSIL, 17 HSIL, AGC), CIS, Carcinomes infiltrants
FCU non satisfaisant.

Surveillance

Dans certains cas après cryothérapie ;
6 mois après le frottis de dépistage ;
A un an ;
Puis tous les 3 ans jusqu'à 65 ans ;
Arrêt de surveillance après 65 ans si les 2 derniers frottis sont normaux.

Test ADN ±HPV

Technique de dépistage du Virus du Papillome Humain basée sur la mise en évidence par biologie moléculaire de l'ADN viral dans les cellules infectées, en cours d'introduction à Madagascar.

Biopsie du col de l'utérus

Elle consiste à prélever un fragment tissulaire en vue d'un examen anatomo-pathologique. C'est la méthode qui permet de confirmer le diagnostic de cancer.

Technique de prélèvement simple :

Préparer le matériel et consommables nécessaires au prélèvement ;
Poser un spéculum non lubrifié et bien exposer le col ;
À l'aide d'une pince biopsique, prélever un petit fragment tissulaire au niveau de la zone suspecte
• Fixer le prélèvement dans du formol 10% ;
Acheminer le prélèvement vers un centre d'anatomo-pathologie IX.
Quelles sont les possibilités thérapeutiques ? : il faut référer chez l'oncologue ou le médecin spécialiste.
Technique d'intromission du speculum

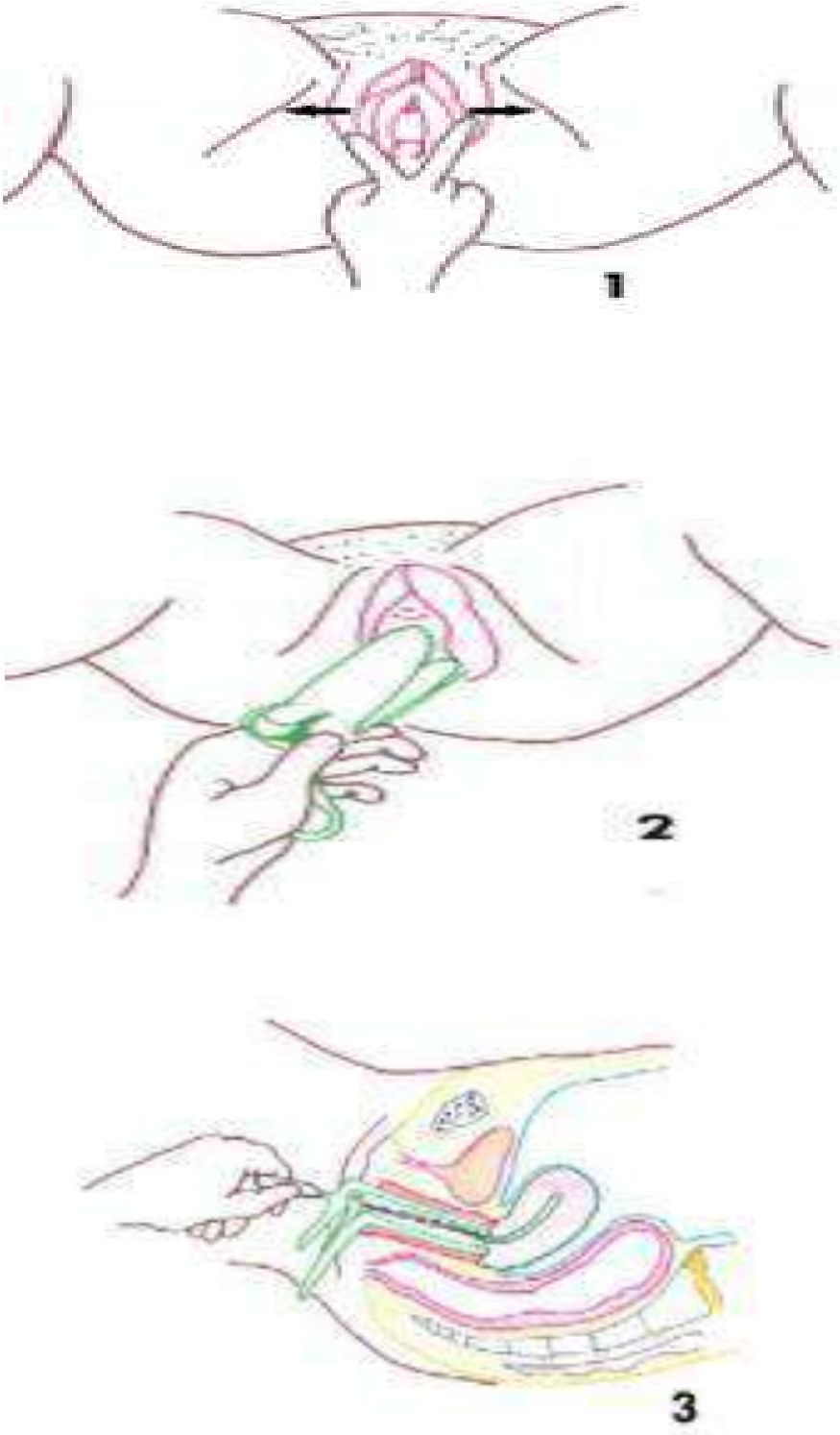


Figure 8 : Technique d'intromission du speculum

Introduire le spéculum non lubrifié de manière à bien visualiser le col utérin vulves fermées, jusqu'au fond du vagin, puis ouvrir les vulves par l'intermédiaire de la vis de manière à positionner le col dans l'axe du spéculum. L'orifice cervical externe doit être bien visualisé.
Liste des matériels, mobiliers et consommables nécessaires aux tests IVA et IVL
Table d'examen, spéculum de taille appropriée, pince longue, plateau, loupe, lampe ou torche, gants d'examen, coton, sérum physiologique ou eau stérile, acide acétique 3 à 5% (vinaigre d'alcool du commerce en bouteille cachetée), soluté de Lugol.
Préparation de la solution d'acide acétique à 5%, du soluté de Lugol
Acide acétique dilué à 5%.

Ingrédients

Acide acétique glacial : 5 ml
Eau distillée : 95 ml

Préparation

Ajouter avec précaution 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée et bien mélanger.
Conservation

L'acide acétique non utilisé doit être détruit en fin de journée.
Etiquette

Acide acétique dilué à 5%
Note : Il est important de toujours diluer l'acide acétique glacial, car non dilué celui-ci peut occasionner de graves brûlures chimiques s'il est appliqué sur l'épithélium.
Soluté de Lugol
Ingrédients

- Iodure de potassium : 10 g
- Eau distillée : 100 ml
- Iode : 5 g

Préparation

Dissoudre 10 g d'iodure de potassium dans 100 ml d'eau distillée.
Ajouter peu à peu 5 g d'iode sans cesser d'agiter le mélange.
Filtrer et conserver dans une bouteille en verre fumé sombre bien fermée.
Conservation

- 1 mois
- Etiquette
- Soluté de Lugol ; Utiliser avant (date).
- Dilution du vinaigre blanc 8% d'acide acétique à 5% d'acide acétique

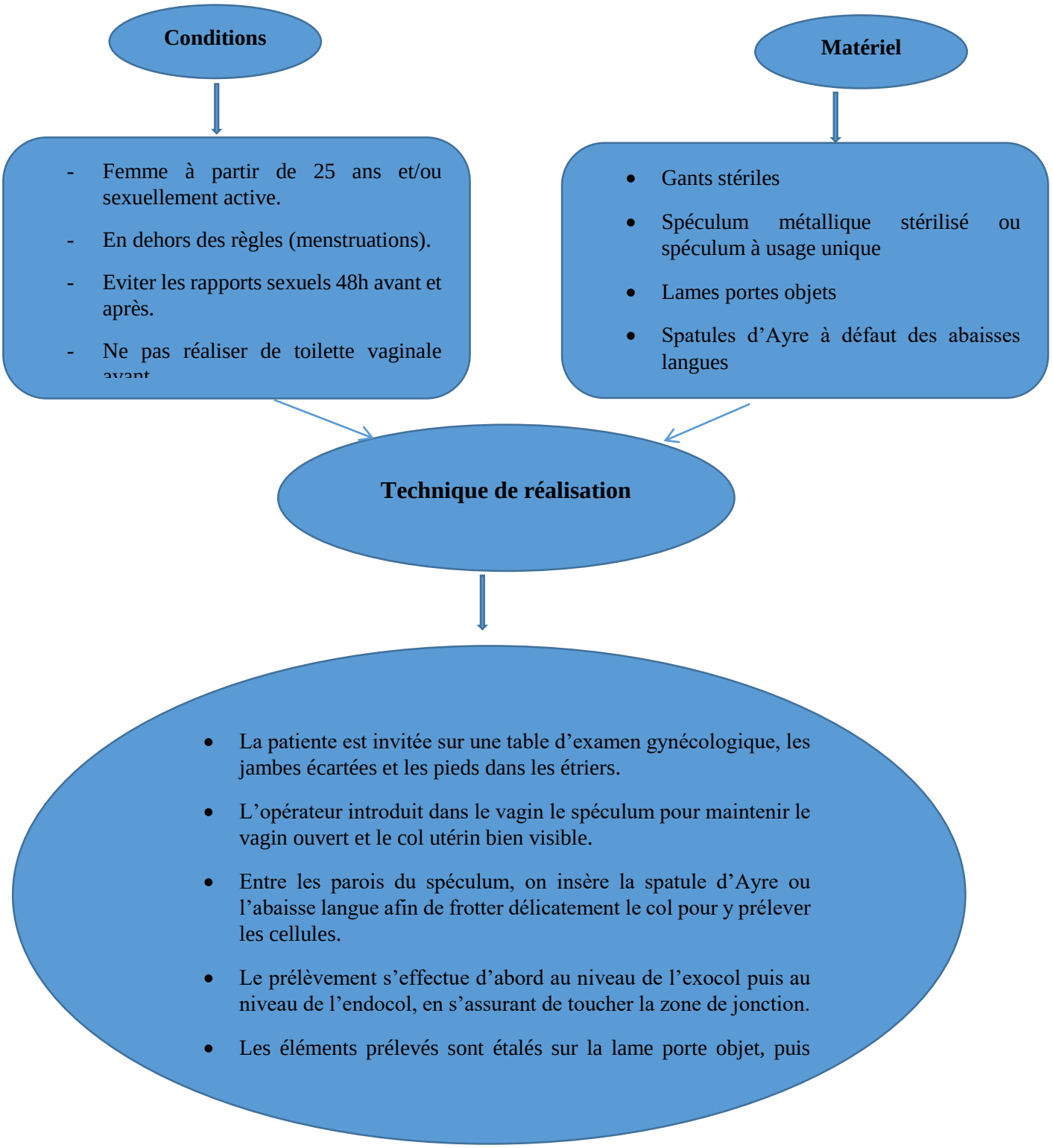
Ingrédients

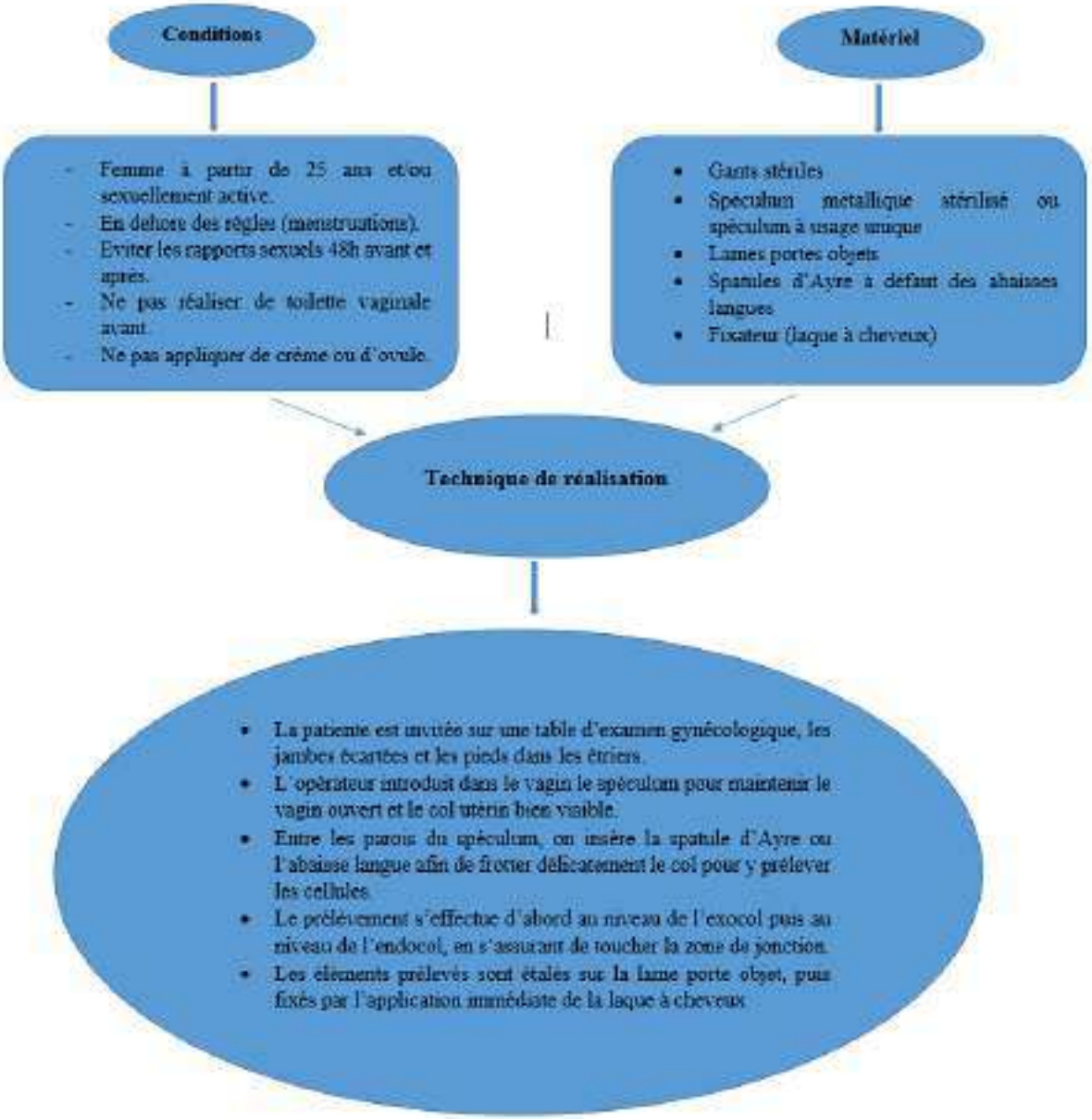
- Vinaigre blanc de cuisine à 8% d'acide acétique
- Eau distillée ou sérum physiologique ou eau minérale
- Pot
- Seringue 10 cc.
- Préparation

Pour obtenir X ml de vinaigre 5% d'acide acétique

On divise X ml par 1,6 (coefficient) = quantité de vinaigre 8% à prendre
On retranche à X ml, la nouvelle quantité obtenue = quantité d'eau à ajouter
On mélange la nouvelle quantité de vinaigre obtenue et la quantité d'eau à ajouter = quantité souhaitée de vinaigre à 5% d'acide acétique
Coefficient = degré de vinaigre disponible divisé par le degré souhaité de vinaigre Par exemple :
Degré de vinaigre disponible = 8, degré souhaité de vinaigre = 5. Coefficient = 8/5 = 1,6.
Degré de vinaigre disponible = 15, degré souhaité de vinaigre = 5. Coefficient = 15/5 = 3.
Conservation
24H
Etiquette
Solution à utiliser avant (date).

<u>FICHE TECHNIQUE</u> : PRELEVEMENT D'UN FROTTIS CERVICO-UTERIN (FCU) PAR METHODE CONVENTIONNELLE.




Conditions
- Femme à partir de 25 ans et/ou sexuellement active.
- En dehors des règles (menstruations).
- Eviter les rapports sexuels 48h avant et après.
- Ne pas réaliser de toilette vaginale avant.
- Ne pas appliquer de crème ou d'ovule.
Matériel
• Gants stériles
• Spéculum métallique stérilisé ou spéculum à usage unique
• Lames portes objets
• Spatules d'Ayre à défaut des abaisses langues
• Fixateur (laque à cheveux)
Technique de réalisation
• La patiente est invitée sur une table d'examen gynécologique, les jambes écartées et les pieds dans les étriers.
• L'opérateur introduit dans le vagin le spéculum pour maintenir le vagin ouvert et le col utérin bien visible.
• Entre les parois du spéculum, on insère la spatule d'Ayre ou l'abaisse langue afin de frotter délicatement le col pour y prélever les cellules.
• Le prélèvement s'effectue d'abord au niveau de l'exocol puis au niveau de l'endocol, en s'assurant de toucher la zone de jonction.
• Les éléments prélevés sont étalés sur la lame porte objet, puis fixés par l'application immédiate de la laque à cheveux

FICHE TECHNIQUE D'AUTOPALPATION DU SEIN

Comment s'auto-examiner les seins ?

Des gestes simples et rapides à reproduire

Utilisez au moins **3 doigts** (utiliser la main opposée au sein que vous examinez)

Touchez **3 endroits** : aisselles, poitrine, mamelon

Pendant **3 minutes** (ou moins)

Vous pouvez réaliser cet examen tous les mois, après la période des règles (chez les femmes non ménopausées) lorsque vos seins ont leur taille et leur forme habituelles.

L'apparition d'une boule dans un sein ou au niveau de l'aisselle

L'auto-examen mammaire ne remplace pas une consultation avec un médecin. En cas de doute, n'hésitez pas à prendre rendez-vous avec votre médecin, même si votre consultation de suivi est récente.

www.pnlc.cg

EXAMEN DE SEIN PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE

Étape 1 : Inspection des seins

Inspection emparée des deux seins au mirroir

Étape 2 : Palpation de sein quadrant par quadrant

Commencer la palpation par le quadrant superieur externe, puis les autres

Étape 3 : Palpation au niveau de l'areole

Recherche d'une anomalie

Étape 4 : Pression du mammelon a la recherche d'un ecoulement

L'écoulement peut-être sanglant ou seropurulent

Étape 5 : Palpation du creux axillaire a la recherche des ganglions

Une boule ou ganglion ...

NB : L'examen se fait en position assise ou couchée.

www.pnlc.cg

Fiche technique sur la vaccination contre le virus de l'hépatite B

La vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) dès la naissance est une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Elle concerne toute la population quelque soit son âge (enfants et adultes), son statut social ou professionnel

Plusieurs schémas sont proposés prenant compte de l'âge et de la motivation de la vaccination des sujets à vacciner

Les vaccins contre le VHB existent depuis 1972 et sont bien tolérés. Les rares effets secondaires observés sont mineurs à type de fébricule, céphalées et asthénie

Elle se fait par un professionnel de santé entrainé, dans un centre de santé ou à domicile

L'infection à VIH, le diabète, l'HTA et les cancers n'empêchent pas la vaccination contre le VHB

Schémas de vaccination

- **Vaccination chez un nouveau-né à terme**
  - 1 dose à la naissance
  - 1 dose à M1
  - 1 dose à M3
  - Contrôle de l'efficacité à M6
  - 1 rappel 10 ans après (non systématique)
- **Vaccination chez un nouveau-né prématurée de poids corporel ≥ 2000 g**
  - 1 dose à la naissance
  - 1 dose à M1
  - 1 dose à M2
  - 1 dose à M5
  - Contrôle de l'efficacité à M8
  - 1 rappel 10 ans après (non systématique)

  NB : pas de vaccination si poids inférieur à 2000 g
- **Vaccination chez un nouveau-né de mère atteinte d'une hépatite virale B**
  - 1 dose à la naissance + 1 dose des Immunoglobulines sur 2 sites
  - Le reste : idem
- **Vaccination en situation d'urgence (exemple : voyage urgent en zone d'endémie)**
  - 1 dose à J0
  - 1 dose à J7
  - 1 dose à J21
  - Contrôle de l'efficacité à M3
  - 1 rappel 10 ans après (non systématique)

Fiche technique sur la palpation du foie

L'examen clinique du foie passe l'interrogatoire et l'examen physique en respectant les différents temps de l'examen (inspection, palpation, percussion, auscultation) à la recherche d'une hépatomégalie (HMG).

L'interrogatoire d'un patient présentant une maladie du foie peut révélé une douleur du foie encore appelée **hépatalgie** : douleur de l'hypochondre droit à type de pesanteur, à irradiation ascendante vers l'épaule droite.

Inspection

A la recherche d'une voussure ou un bombement en regard de l'hypochondre droit ou de l'épigastre

Palpation du foie

Elle recherche une masse mobile avec les mouvements respiratoires et le bord inférieur du foie.

Plusieurs méthodes permettent de repérer rechercher le foie

- **Méthode de Gilbert**
  - L'examinateur se place à la droite du patient
  - Il place ses deux mains à plat sur l'abdomen du patient
  - Avec l'extrémité des doigts de la main droite, il recherche le bord inférieur du foie en partant de la fosse iliaque droite à l'hypochondre droit
- **Méthode de Mathieu**
  - L'examinateur se place au chevet du patient ;
  - Il place ses deux mains à plat sur l'abdomen du patient
  - Il recherche à accrocher le bord inférieur du foie
- **Méthode de Glénard**
  - L'examinateur se place au chevet du patient ;
  - Il place la main droite sur l'hypochondre et la main gauche dans la région lombaire ;
  - La main gauche exerce une pression vers le haut pour « soulever » le foie
  - La main droite recherche le bord inférieur du foie en partant de fosse iliaque droite à l'hypochondre droit

Percussion

Elle permet d'orienter vers une atteinte du foie lorsqu'elle note matité en regard de l'hypochondre droit ou de l'épigastre

Elle permet aussi de repérer le bord supérieur foie permettant de mesurer la flèche hépatique (distance entre les bords supérieur et inférieur)

Mesures du foie

La taille du foie se mesure par la flèche hépatique (FH)

- **Soit le long de la ligne passant par le milieu de la clavicule**
  - Valeur normale ≤ 12 cm
  - Hépatomégalie si flèche hépatique > 12 cm
- **Soit le long de la ligne (verticale) passant par l'appendice xyphoïde**
  Hépatomégalie si flèche hépatique > 3 cm

Fiche technique sur le dépistage du cancer colorectal

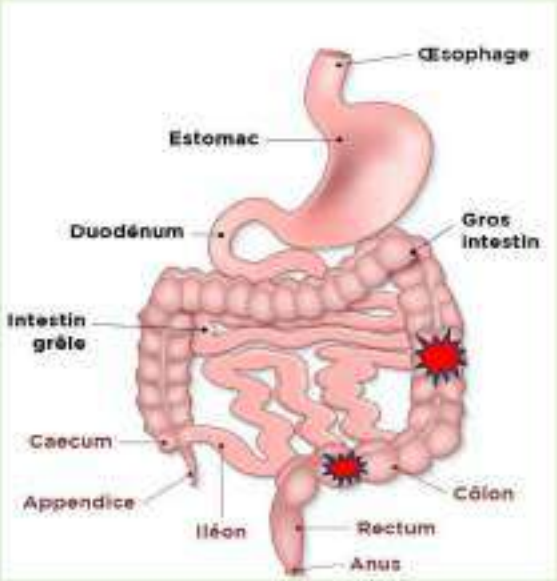
Le dépistage du cancer colorectal (CCR) repose sur la recherche de sang non visible à l'œil nu dans les selles à travers un test qui détecte le sang humain, encore appelé test Hemocult.

Lorsqu'il est positif, il sera complété par une coloscopie qui reste l'examen de référence de dépistage des polypes (tumeurs bénignes) voire des CCR au début. Elle est réalisée dans une unité d'endoscopie digestive rattachée à un service de gastroentérologie, dans les centres de santé de district ou à un niveau supérieur de la pyramide sanitaire

Situation anatomique du côlon

Le côlon est un segment du tube digestif qui part de la valvule iléo-caecale (partie terminale de l'intestin grêle) à la limite supérieur du rectum.

Le rectum fait suite au côlon et se termine à la jonction entre l'anus et le rectum.



Cible du dépistage

Le dépistage du CCR concerne les populations âgés de plus de 50 ans en Occident, ne présentant aucun signe de cancer ni d'antécédent personnel ou familial de cancer

Recherche de sang occulte

Plusieurs tests ont été mis en œuvre pour détecter le sang dans les selles. Le test immunologique est actuellement recommandé pour détecter le sang humain dans les selles.

Il se sait en plusieurs étapes :

- **Prélèvement des selles** : le recueil se fait dans un pot stérile
- **Réalisation du test**
  - Soit à domicile par le patient
  - Soit au laboratoire
- **Résultats**

Coloscopie

Elle est indiquée en cas de test Hemocult positif, systématiquement en absence de test Hemocult disponible ou chez les personnes à risque.

Elle se fait en plusieurs étapes

- **Préparation colique**
  - o A domicile ou en hospitalisation
  - o Régime sans résidus
- **Réalisation : par un Médecin spécialiste**
- **Résultats**
  - o Soit normale
  - o Soit un polype ou un CCR
  - o Soit au laboratoire