LA LIGUE
CONTRE LE CANCER

CHERCHER POUR GUERIR
ACCOMPAGNER POUR AIDER
PREVENIR POUR PROTÉGER
MOBILISER POUR AGIR

Le dépistage des cancers

BRK 023
Mars 2018

LE DÉPISTAGE DES CANCERS

Détecter tôt certains cancers, permet de mieux les traiter, c'est-à-dire de proposer des traitements moins lourds, et avec plus de chances de guérison.

Le but du dépistage est d'essayer de détecter un cancer avant même qu'il ne se soit manifesté par un signe, comme une tuméfaction anormale, un trouble de fonctionnement du corps, une perte de poids… Il permet d'identifier les personnes pour lesquelles des examens complémentaires sont nécessaires.

Le dépistage s'adresse donc à tout le monde, à partir d'un certain âge : cela concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans pour les cancers du sein, toutes les femmes entre 25 et 65 ans pour les cancers du col de l'utérus, les hommes et les femmes entre 50 et 74 ans pour les cancers du côlon et du rectum.

COMMENT SE PASSE LE DÉPISTAGE ?

Pour proposer un dépistage, il faut tout d'abord disposer d'un examen, appelé test, permettant de détecter les personnes de la population qui sont le plus susceptibles que d'autres, d'être porteuses d'un cancer à son début, voire d'une lésion préalable à l'apparition d'un cancer et pour lesquelles il faudra faire un bilan complet.

Le test peut être :

- un examen radiologique comme la mammographie dans le cancer du sein,
- un examen des cellules par le microscope comme le frottis cervical dans les lésions du col de l'utérus,
- une recherche d'un saignement anormal du tube digestif, par le test OC Sensor®, pour les polypes et les cancers du colon et du rectum.

LE DÉPISTAGE EST-IL TOUJOURS FIABLE ?

Pour être utile, le test de dépistage doit bien identifier les sujets auxquels il faut proposer des examens complémentaires. Il devrait être positif chaque fois qu'il est fait à une personne porteuse d'une lésion à traiter, et négatif chaque fois qu'une personne n'a aucune lésion.

Cependant aucun test n'étant fiable à 100 %, il y aura forcément quelques erreurs :

- le test peut être positif et les examens complémentaires démontreront l'absence de lésions suspectes : ce résultat est dit « faux positif ».
- le test peut être négatif alors que la personne a déjà un cancer ou une lésion précancéreuse : ce résultat est dit « faux négatif ».

Un bon test doit réduire au maximum le nombre de « faux positifs » (il doit donc être spécifique) et le nombre de « faux négatifs » (il doit donc être sensible).
Enfin, étant donné son utilisation à grande échelle (des millions de personnes), le test ne doit pas entraîner de nocivité. Les conditions de réalisation de ces tests doivent être rigoureuses et l'assurance de leur qualité est un des éléments majeurs de la mise en place des programmes de dépistage.

Nombre d'examens de dépistage à réaliser (*)

Cancers du sein *(Femmes de 50 à 74 ans)* 4 914 726 mammographies (en 2015)	Population éligible 10 millions Participation : 51,5 % (en 2015)
Cancers col de l'utérus *(Femmes de 25 à 65 ans)*	Population éligible 17 millions Participation : 61 % (en 2010-2013)
Cancers du côlon-rectum *(Hommes - Femmes de 50 à 74 ans)*	Population éligible 18 millions Participation 29,8 % (en 2013-2014)

(*) Source INCa

LE DÉPISTAGE N'A PAS QUE DES AVANTAGES ?

Le dépistage a des avantages majeurs puisqu'il permet de diminuer le nombre de décès par cancer, voire même le nombre de cas de cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon.

Mais il touche seulement un nombre limité de sujets : uniquement ceux qui ont une lésion trouvée par le dépistage et qui n'auraient pas guéris si cette lésion n'avait pas été détectée ainsi.

Cela fait effectivement peu de bénéficiaires par rapport au nombre de sujets devant participer. Mais pour les personnes concernées, le bénéfice est grand.

Cependant le dépistage a aussi des inconvénients qui touchent un certain nombre de personnes.

• *LE CANCER MANQUÉ PAR LE DÉPISTAGE OU « FAUX NÉGATIF » :*

- S'il évolue très lentement le cancer sera détecté lors du prochain dépistage, deux ou trois ans plus tard : le fait d'avoir attendu deux ou trois ans n'est pas trop préjudiciable.

- S'il s'agit d'une forme plus agressive, il sera diagnostiqué dans l'intervalle de deux examens : on aura perdu un éventuel gain de temps. Mais il n'y a pas d'effet nocif ajouté, sauf si le sujet faussement rassuré par un test négatif, néglige de consulter lorsqu'un symptôme apparaît.

• *LES FAUSSES ALARMES DUES AUX « FAUX POSITIFS ».*

- Cela conduit à la réalisation d'examens inutiles, mais le sujet est rassuré ensuite par les examens complémentaires s'avérant négatifs,

- Cependant le sujet vivra une période d'angoisse avec un diagnostic possible de cancer, avant d'être rassuré.

• *LE SUR-DIAGNOSTIC :*

C'est la détection de lésions classées et traitées comme cancer ou pré-cancer, et qui auraient pu guérir spontanément si elles n'avaient pas été détectées. Cela entraîne une expérience inutile d'angoisse et de traumatisme psychique et corporel chez les individus concernés. Cet inconvénient majeur est heureusement exceptionnel.

Pour que le dépistage ait une réelle utilité, il est indispensable que les sujets identifiés positifs pour le test, réalisent les examens complémentaires qui confirmeront ou non le résultat du test.

Les sujets véritablement porteurs d'une lésion (cancer ou pré-cancer) pourront alors être traités avec plus de chance de guérison et un traitement moins lourd.

Si les sujets ayant un test positif ne sont pas rapidement pris en charge, alors le dépistage sera plus nuisible qu'utile.

En effet, les sujets positifs n'en retireront aucun bénéfice, tout en conservant l'angoisse de se savoir positif : les faux négatifs seront rassurés à tort et le reste de la population aura subi un examen médical sans contrepartie d'un bénéfice collectif.

DÉPISTAGE INDIVIDUEL OU DÉPISTAGE ORGANISÉ ?

Il existe actuellement deux modes de dépistage :

Le dépistage individuel que la personne réalise sur les conseils de son médecin,

Le dépistage organisé dans le cadre de campagnes prenant en charge toute la population pouvant en bénéficier.

L'organisation porte sur l'ensemble des étapes du dépistage, depuis l'identification des personnes devant participer jusqu'au traitement éventuel. Cette organisation permet d'assurer le contrôle de qualité des divers processus et l'évaluation des résultats obtenus.

L'évaluation est permanente et garantit une amélioration constante de la qualité de la prise en charge.

C'est pourquoi, la France s'est engagée dans cette voie pour les cancers du sein, puis pour les cancers du côlon et du rectum et enfin pour les cancers du col de l'utérus.

CANCERS DU SEIN

POURQUOI SE FAIRE DÉPISTER ?

Il a été démontré, par plusieurs études scientifiques, que pour les femmes après la ménopause, le dépistage pouvait diminuer la mortalité par cancer du sein. En France, ce cancer est le plus fréquent des cancers de la femme, avec 54 062 nouveaux cas par an (INCa 2015). Il a été responsable de 11 913 décès féminins en 2015. C'est le premier cancer en fréquence et en mortalité de la femme. Sa gravité dépend beaucoup du volume de la tumeur et des atteintes ganglionnaires régionales éventuelles au moment de sa découverte : les tumeurs de petite taille guérissent plus fréquemment, avec un traitement plus léger, qui permet en général de conserver le sein. On a donc tout intérêt à le détecter le plus tôt possible pour découvrir des lésions plus petites.

PEUT-ON EMPÊCHER SON APPARITION ?

Malheureusement, il y a pour l'instant peu d'actions de prévention possible du cancer du sein. On relève toutefois un certain nombre de facteurs de risque :

- le fait d'être une femme : plus de 99% des cancers du sein touchent des femmes. Les hommes aussi peuvent en être atteints mais c'est beaucoup plus rare (moins de 1% des cas) ;
- l'âge : 80 % des cancers du sein touchent des personnes âgées de plus de 50 ans ;
- une densité mammaire importante après la ménopause ;
- la prise de traitements hormonaux (pilule contraceptive, traitement de la ménopause) ;
- le tabagisme, la consommation d'alcool
- le surpoids ou l'obésité ;
- des antécédents de cancer du sein ou certaines anomalies du sein ;

- une irradiation thoracique à haute dose, notamment pour le traitement d'une maladie de Hodgkin ;
- Certaines prédispositions génétiques, notamment les mutations familiales BRCA 1 ou BRCA 2, exposant les femmes à un risque dit « très élevé » de cancer du sein et nécessitant une surveillance particulière.

Un examen clinique des seins par la palpation, une fois par an est recommandé à toutes les femmes à partir de 25 ans, quel que soit leur niveau de risque.

FAUT-IL SE FAIRE DÉPISTER S'IL N'Y A PAS EU DE CAS AUPARAVANT DANS LA FAMILLE ?

Il est vrai que les femmes qui ont des antécédents familiaux de cancer du sein (grand-mère, mère, tante, sœur) peuvent avoir un risque plus élevé d'avoir un cancer du sein. Dans ces cas, on leur conseillera de consulter auprès d'un centre spécialisé en génétique des cancers à la recherche d'un gène spécifique éventuel.

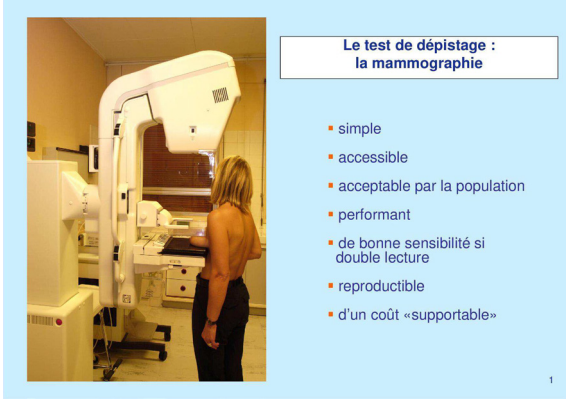
FAUT-IL SE FAIRE DÉPISTER SI ON N'A PAS MAL AU SEIN ET SI ON NE SE PALPE PAS DE BOULE ?

Le cancer du sein, en dehors de quelques cas particuliers, est indolore. Les douleurs du sein (que l'on appelle mastodynies), souvent rythmées par le cycle menstruel, n'ont pas de signification alarmante.
Le fait que votre médecin ne palpe pas de nodule lorsqu'il vous examine, ne veut pas dire qu'il n'y a pas de cancer du sein. Cela veut simplement dire qu'il n'y a pas de lésion suffisamment volumineuse pour être détectée par la palpation.

Afin d'être totalement rassurée sur l'absence de tumeur de plus petite taille, il faut pratiquer une mammographie.

COMMENT SE DÉROULE UNE MAMMOGRAPHIE ?

Suite à une invitation que vous recevez à partir de l'âge de 50 ans, vous vous rendez chez un radiologue qui doit faire un examen clinique des seins. Un(e) technicien(e) qui a reçu une formation au préalable, réalise la mammographie. Pour chaque image, on comprime le sein pour en diminuer l'épaisseur et éviter tout mouvement de votre part. Cette compression est indispensable pour la qualité de la mammographie. Elle doit être suffisante mais non douloureuse, mais elle est parfois ressentie comme désagréable par des femmes qui ont les seins sensibles.



Les mammographies de dépistage sont lues par deux radiologues différents pour diminuer le risque d'erreur.

Seulement 5 à 10 % des femmes devront pratiquer des examens complémentaires en raison d'une anomalie découverte sur la radiographie. Pour la majorité de ces femmes ces nouveaux examens révéleront qu'il s'agissait d'une lésion bénigne. Pour 10 à 20 % d'entre elles, il faudra procéder à une biopsie sous anesthésie, et dans un cas sur deux environ (soit 5 à 6 pour 1 000 au total), il s'agira effectivement d'un cancer.

LES RAYONS DISPENSÉS AU COURS DE LA MAMMOGRAPHIE PRÉSENTENT-IL UN DANGER ?

La mammographie moderne dispense une très faible dose de radiations : lorsque l'appareil est bien réglé, l'effet cumulé au cours de la vie en commençant à 50 ans, est négligeable. L'utilisation de matériel conforme aux exigences de qualité est obligatoire pour tous les radiologues qui participent au dépistage organisé du cancer du sein et un contrôle technique de qualité est effectué régulièrement. Le contrôle des appareils de mammographie est devenu obligatoire pour tous les mammographes en 1999.

SI J'AI UN CANCER DU SEIN DÉTECTÉ PAR LE DÉPISTAGE, JE SUIS DONC SÛRE DE GARDER MON SEIN ET DE GUÉRIR ?

Ce que l'on peut dire, c'est que vos chances de conserver votre sein et vos chances de guérir sont nettement augmentées par rapport au mode de découverte habituelle des cancers du sein.

- Certains cancers non palpables sont pourtant relativement étendus dans un secteur du sein, ou présents dans plusieurs zones distinctes du sein. Dans ce cas, il est préférable d'enlever le sein : l'intervention s'appelle une mastectomie. Elle peut être suivie d'une chirurgie plastique pour reconstruire le sein.
- Dans certains cas de cancer dépisté, une rechute locale ou un second cancer peut survenir dans les années qui suivent et on peut être obligé secondairement de faire une mastectomie.
- Dans certains cas, le cancer bien que détecté par le dépistage est une forme agressive qui peut obliger à des traitements lourds.

Il faut donc rester vigilante et réaliser le suivi habituel après traitement d'un cancer du sein.

SI MA MAMMOGRAPHIE EST NÉGATIVE, JE SUIS QUAND MÊME TRANQUILLE JUSQU'AU PROCHAIN DÉPISTAGE ?

Ce n'est pas tout à fait sûr. Certains cas échappent au dépistage, soit parce qu'ils n'ont pas été vus sur la mammographie, soit parce qu'ils sont très évolutifs et qu'ils grossissent rapidement entre deux mammographies de surveillance.

Le contrôle des appareils, la formation des radiologues et la double lecture contribuent à diminuer le plus possible ces cas de faux négatifs, mais ne peuvent les supprimer totalement.

C'est la raison pour laquelle, le fait d'avoir une mammographie de dépistage négative, ne vous dispense pas d'être vigilante : si vous découvrez une anomalie dans votre sein, même quelques mois après une mammographie négative, n'hésitez pas à consulter rapidement votre médecin.

A QUEL ÂGE FAUT-IL COMMENCER ? A QUEL RYTHME FAUT-IL SE FAIRE DÉPISTER ?

On incite les femmes à commencer le dépistage **vers 50 ans**, au moment des premiers signes de ménopause.

L'essentiel est ensuite de participer régulièrement : la régularité de la participation des femmes, **tous les deux ans**, est un élément majeur pour obtenir une réduction de la mortalité liée au cancer du sein.

Avant 50 ans, l'équilibre entre les bénéfices et les inconvénients du dépistage est plus incertain qu'après 50 ans.

Chez les femmes jeunes, le cancer du sein est plus rare et la lecture des mammographies est plus difficile : en effet les seins sont plus denses et présentent plus fréquemment des lésions non cancéreuses, qu'on regroupe parfois communément sous les termes de mastose, et qui entraînent des difficultés d'interprétation.

C'est pourquoi en dehors d'un risque familial ou d'une anomalie constatée par la personne, il n'est pas recommandé de pratiquer des mammographies de dépistage avant la ménopause.

CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM

POURQUOI SE FAIRE DÉPISTER ?

Les cancers du côlon et du rectum sont responsables chaque année de 43 068 nouveaux cas (INCa 2015) et de 17 833 décès annuels. Pourtant, s'ils étaient détectés précocement, 9 sur 10 seraient guéris. Aussi, les bénéfices du dépistage régulier des cancers du côlon et du rectum pourraient permettre une réduction de la mortalité due à ce cancer, de l'ordre de 15 à 18 %. Le test de dépistage du côlon et du rectum permet de découvrir soit des lésions bénignes (polypes ou adénomes), soit des cancers.
Les polypes (adénomes) précèdent souvent l'apparition d'un cancer, d'où l'intérêt de les trouver et de pouvoir les traiter pour éviter qu'ils ne se transforment en cancer.
Le dépistage des lésions du côlon et du rectum devrait donc permettre, par le traitement des polypes, de diminuer le nombre de cas de cancers colorectaux.

FAUT-IL SE FAIRE DÉPISTER S'IL N'Y A PAS EU DE CAS AUPARAVANT DANS LA FAMILLE ?

Dans certaines familles, il existe un risque plus élevé de cancer du côlon en raison d'une transmission héréditaire d'un gène anormal. Des mesures particulières de surveillance sont alors recommandées. En cas de doute sur la possibilité d'une fréquence anormale de ce cancer dans votre famille, vous pouvez consulter un centre disposant d'une consultation de conseil génétique. Cependant ces cas ne représentent que 5 à 8 % des cancers du côlon.

PEUT-ON EMPÊCHER SON APPARITION ?

Les facteurs de risque des cancers du côlon sont encore insuffisamment clarifiés pour permettre une proposition de prévention très efficace. Certes, un régime alimentaire riche en fruits et en légumes d'une part, et une activité physique régulière d'autre part, contribuent certainement à une diminution du risque et doivent être recommandés. D'autres moyens, en particulier de suppléments en fibres, en calcium, en vitamines ne semblent pas donner les résultats espérés ; leurs prescriptions restent du domaine de la recherche.

COMMENT SE DÉROULE L'EXAMEN ?

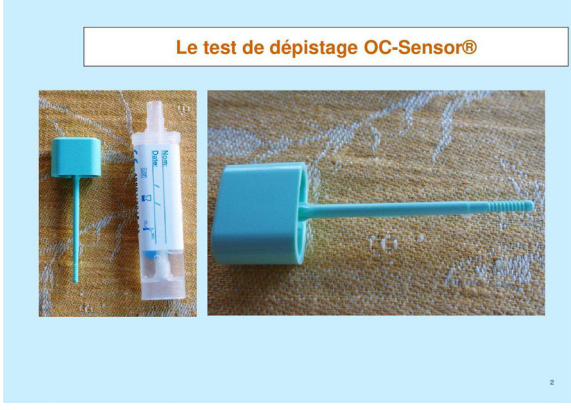
Le test dit « OC SENSOR® » consiste à rechercher du sang non visible dans les selles. En effet, les gros polypes et les cancers saignent de façon microscopique non visible.

Ce test permet de révéler dans les selles, la présence de ce sang par une technique immunologique effectuée dans des laboratoires spécialisés.

Le médecin remet à la personne un kit de prélèvement, incluant en particulier un support plastique avec tige filetée avec laquelle, la personne grattera les matières fécales. Le matériel recueilli sur ce support est plongé dans un tube contenant un liquide de préservation.

L'enveloppe contenant ce matériel, avec les renseignements administratifs complétés, est ensuite expédiée gratuitement au laboratoire assurant le dépistage.

Cette technique a l'avantage de n'être effectuée que sur une seule selle et d'être beaucoup plus sensible que les techniques antérieures (Hemoccult II®) ; elle permet en effet de détecter 4 fois plus de polypes et 2 fois plus de cancers.



QUAND DEVEZ-VOUS FAIRE CET EXAMEN ?

Des programmes organisés, commencés dans des départements pilotes, concourent à la généralisation de cet examen pour les **hommes et les femmes à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans**, **et ce tous les 2 ans.**

Ce dépistage organisé garantit la qualité des tests qui sont lus dans un centre agréé et assure la prise en charge du suivi de la personne.
En cas de test positif, des examens complémentaires avec particulier la pratique d'une coloscopie seront indispensables.

Il convient de préciser que ce test de dépistage ne concerne que les personnes sans antécédent particulier de pathologie colique.

L'existence d'antécédents inflammatoires personnels ou familiaux du côlon obligent à pratiquer des coloscopies de contrôle d'emblée et une surveillance particulière régulière.

ET SI L'EXAMEN EST POSITIF ?

Lorsque le test « OC SENSOR® » est positif, il convient de vérifier impérativement l'origine du saignement.

Une coloscopie, c'est-à-dire l'examen du tube digestif grâce à un tube optique introduit par le rectum, doit être effectuée pour établir un diagnostic précis. Cet examen, fait le plus souvent sous anesthésie générale, permet de déceler un polype ou un cancer.

La lésion est prélevée et envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique pour un diagnostic précis.

Les polypes prélevés sont examinés au microscope pour s'assurer de leur bénignité.

Si un cancer est diagnostiqué, un traitement sera proposé en fonction de la localisation et de l'étendue de la tumeur.

QUELLE EST LA FIABILITÉ DU TEST ?

Comme pour tout examen de dépistage, la fiabilité n'est pas de 100 %, aussi, si entre deux examens de dépistage, un symptôme attire votre attention sur votre appareil digestif (alternance de constipation et de diarrhée, digestion lente, sang visible dans les selles, douleur …), n'attendez pas pour consulter votre médecin.

CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

POURQUOI SE FAIRE DÉPISTER ?

Grâce au dépistage auxquelles se soumettent les françaises depuis plus de 30 ans, on ne compte plus aujourd'hui que 2 797 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus (INCa 2015) qui entraînent près de 1 092 décès par an.

Chaque année, 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses sont détectées par frottis. On estime que 9 cancers du col de l'utérus sur 10 pourraient être évités grâce à un dépistage régulier par frottis entre 25 et 65 ans. Le dépistage par frottis du col de l'utérus permet de déceler soit des lésions précancéreuses, soit des cancers débutants n'ayant pas encore entraîné de symptôme.

Le dépistage des lésions du col de l'utérus permet de réduire de façon importante à la fois, le nombre de cancers, et la mortalité due à ces cancers.
Pour le cancer du col de l'utérus, les bénéfices d'un dépistage régulier sont plus importants que pour le cancer du sein, car près de 90 % des décès par cancer du col utérin pourraient être évités par un dépistage pratiqué régulièrement.
Ces résultats sont confirmés par la diminution importante de l'incidence (fréquence) des cancers du col de l'utérus dans tous les pays, où un dépistage d'une grande partie de la population féminine, a été organisé.

En France, cette diminution est aussi constatée, bien que seulement 61 % des femmes participent régulièrement au dépistage.

PEUT-ON EMPÊCHER SON APPARITION ?

Le risque majeur des cancers du col utérin est connu : il s'agit d'un virus de type papillome (HPV). Les papillomavirus humains (HPV : Human Papilloma Virus) sont des virus très communs qui peuvent infecter la peau et les muqueuses. Il existe plus de 150 types de papillomavirus, dont environ 40 peuvent infecter les organes génitaux des hommes et des femmes.

La plupart des infections par les papillomavirus ne donnent aucune lésion et dans 90 % des cas, l'infection est transitoire et s'élimine naturellement en une à deux années après la contamination sexuelle.

Par contre, dans 10 % des cas, l'infection persiste et peut entraîner des anomalies (lésions) au niveau de la muqueuse du col utérin. On parle alors de lésions précancéreuses. Ces lésions peuvent évoluer vers un cancer 10 à 15 ans après l'infection par le virus.

Quatre types de papillomavirus sont principalement impliqués dans les lésions génitales : les HPV 6 et 11 responsables de lésions bénignes (condylomes ou verrues) et les HPV 16 et 18 responsables de 82 % des cancers du col de l'utérus.

La contamination se fait le plus souvent dans les premières années de la vie sexuelle et environ 80 % des femmes sont exposées à ces virus au cours de leur vie. La transmission du virus HPV s'effectue par voie cutanée (caresses), par du linge souillé et par le contact des muqueuses sexuelles. Aussi, la protection par les préservatifs masculins est peu efficace en dehors de la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Depuis 2006, des vaccins (Gardasil et Cervarix) contre la pénétration de certains virus du col utérin ont été mis sur le marché. En France, la vaccination des jeunes filles est recommandée entre 11 et 13 ans. Un rattrapage est possible entre 14 et 19 ans, au plus tard dans l'année du début des rapports sexuels.

La vaccination doit avoir lieu avant que ne survienne l'infection, c'est-à-dire avant le début de la vie sexuelle. Le calendrier vaccinal est légèrement différent selon le type de vaccin.

Aujourd'hui, les pays, comme l'Angleterre et l'Australie, qui ont mis en place des programmes de vaccination contre les HPV, généralisés depuis 2007 et qui connaissent des couvertures vaccinales élevées (70-80%), observent une diminution importante du nombre de lésions précancéreuses du col utérin chez les jeunes femmes.

Mais la vaccination ne dispense pas du dépistage, car elle n'est pas 100 % efficace et d'autres cancers du col utérin non liés aux virus HPV peuvent survenir.

L'absence de consommation de tabac est aussi un bon moyen pour diminuer le risque de ce cancer.

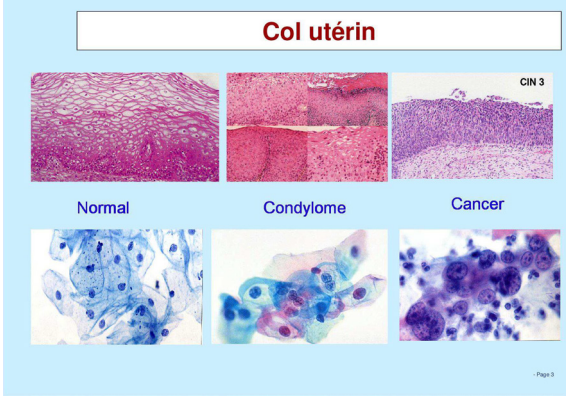
QUAND DEVEZ-VOUS FAIRE UN FROTTIS ?

Le dépistage des lésions du col de l'utérus s'adresse à toutes les femmes. Il est recommandé de le faire pratiquer **tous les trois ans**, après 2 premiers frottis normaux réalisés à un an d'intervalle, **à partir de 20-25 ans** (après le début de l'activité sexuelle) et **jusqu'à 65 ans**.
La surveillance gynécologique, indépendamment du frottis, doit être faite tous les ans en période d'activité sexuelle.

COMMENT SE DÉROULE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE ?

Le « frottis » est un prélèvement indolore de cellules du col de l'utérus fait à l'aide d'une petite brosse. Il permet ensuite l'examen au microscope de ces cellules prélevées ou la recherche du virus HPV dans ces mêmes cellules. Il peut être effectué par un gynécologue, votre médecin traitant, une sage-femme ou un médecin biologiste.

Les cellules recueillies sur la brosse sont étalées sur une lame de verre ou mises en suspension dans un liquide fixateur approprié, puis colorées et analysées au laboratoire d'anatomie pathologique ou de cytologie.



L'examen doit être pratiqué en dehors des règles et des rapports sexuels. Il peut être fait même chez une femme enceinte. Si vous avez une infection ou que vous prenez un traitement par voie vaginale, il convient d'attendre environ un mois avant de refaire un frottis.

Les résultats vous sont communiqués dans un délai de 10 à 15 jours. Ils sont classés en quatre catégories principales :

- Le prélèvement n'a pas ramené de cellules, il faut le refaire,
- Le prélèvement est bon et ne révèle aucune anomalie des cellules : le frottis pourra être refait dans trois ans,
- Le prélèvement montre des cellules anormales traduisant l'existence de lésions probablement bénignes : il faudra prévoir soit de le refaire dans un délai raisonnable indiqué par votre médecin (en général trois à six mois en fonction des lésions): soit de compléter l'examen gynécologique par une colposcopie : examen du col utérin pratiqué à l'aide d'un tube optique par un gynécologue, permettant d'examiner la paroi du col et de faire un prélèvement (biopsie) si une lésion suspecte est découverte,
- Le prélèvement montre des cellules traduisant l'existence probable de lésions en voie de transformation, voire d'un cancer : un examen gynécologique, avec colposcopie et biopsies des zones suspectes, s'impose.

ET SI L'EXAMEN EST POSITIF ?

Le gynécologue, après avoir pratiqué les examens nécessaires, décidera du traitement approprié. Le plus souvent, il s'agira de lésions bénignes qui seront facilement traitées, voire de cancers très petits et localisés dont le traitement local entraînera la guérison.
Quelquefois, en cas de cancer plus invasif, un traitement spécifique par chirurgie et par rayons sera nécessaire, ce qui permettra dans la majorité des cas, de le guérir définitivement.

Toutefois après la découverte et le traitement d'une lésion, qu'elle soit bénigne ou maligne, le rythme de la surveillance sera rapproché, tout au moins pendant les premières années.

QUELLE EST LA FIABILITÉ DU TEST ?

Comme pour la mammographie et comme pour tout examen de dépistage, la fiabilité n'est pas de 100 %.

Dans le cas du frottis cervical, les tests faussement positifs sont rares et le diagnostic est presque toujours rétabli par une simple colposcopie.

En revanche, les tests faussement négatifs ne sont pas rares, surtout en cas de lésions précancéreuses.

Mais l'évolution de ces lésions est généralement lente, sur plusieurs années, et le diagnostic est fait au frottis suivant, d'où l'importance de la régularité dans la pratique des tests. On passe exceptionnellement à côté d'un cancer invasif chez une femme suivie régulièrement.

Si dans la période entre deux frottis, vous constatez que vous avez des pertes de sang d'origine vaginale (en dehors de la période des règles), ou d'autres symptômes qui semblent dus à une anomalie gynécologique, n'hésitez pas à consulter votre médecin. N'attendez pas l'époque habituelle de votre consultation.

AUTRES CANCERS

Il n'existe pas d'autres localisations où le **dépistage généralisé** puisse être recommandé à l'heure actuelle.

LES CANCERS DE LA PROSTATE

Le PSA (Prostatic Spécific Antigen) est une protéine produite spécifiquement par les cellules prostatiques normales ou cancéreuses.
Chez l'homme et sans symptôme, aucune autorité sanitaire ou société savante ne recommande le dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA.

En effet, ce test entraîne un assez grand nombre de faux positifs et de sur-diagnostics, et son bénéfice sur la réduction de la mortalité n'est pas démontré.

Il n'est donc pas recommandé en première intention comme examen de dépistage mais reste utile, avec l'examen clinique et le toucher rectal, dans le diagnostic individuel.

LES CANCERS DE LA PEAU

En ce qui concerne les cancers de la peau, carcinomes et en particulier mélanomes, des lésions croûteuses persistantes et des modifications d'aspect et de couleur de grains de beauté doivent faire demander un avis médical voire un prélèvement pour examen histologique.

Régulièrement des campagnes d'information sont organisées, avec la participation des dermatologues, car le diagnostic précoce de ces cancers repose sur la sensibilisation de la population sur les tous premiers symptômes.

LES CANCERS DU POUMON

Des essais de dépistage par tomodensitométrie du thorax à faible dose de rayons X chez de gros fumeurs n'ont pas encore apporté les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité pour un dépistage des cancers broncho-pulmonaires.

Des travaux de recherche sont en cours, chez de gros fumeurs, pour tenter de repérer dans le sang la présence de cellules tumorales circulantes.

LES CANCERS DE LA BOUCHE

Les cancers de la bouche se développent au niveau du plancher de la bouche, de la langue, des amygdales, du palais, des joues, des gencives et des lèvres. Aujourd'hui, 70 % des cancers de la bouche sont diagnostiqués trop tardivement, ce qui réduit les chances de guérison. Une vigilance accrue est conseillée pour les fumeurs et les consommateurs réguliers d'alcool, de cannabis et d'autres substances (chique de bétel).
Il est important de faire surveiller régulièrement sa bouche, car les lésions causées par un cancer de la bouche ne sont pas faciles à repérer par soi-même et ne sont pas forcément douloureuses. Tout signe inhabituel persistant pendant plus de 10 jours doit amener à consulter son médecin traitant ou un chirurgien dentiste.

LES CANCERS DE L'ESTOMAC

Le cancer de l'estomac touche chaque année 6 585 personnes et provoque 4 362 décès annuels (INCa 2015). Dans 80 % de cas, il est induit par une bactérie *Helicobacter pylori*, colonisant la muqueuse gastrique, dès l'enfance, durant de longues années et responsable d'une gastrite chronique : 1 % des personnes infectées par la bactérie développeront un cancer de l'estomac.

Un traitement antibiotique permet d'éradiquer la bactérie et d'éviter la survenue de ce cancer. Ce risque de cancer est plus important s'il existe des antécédents familiaux de cancer de l'estomac (père/mère, frère/sœur, enfant).

LES CANCERS DU FOIE

9 628 cancers du foie sont diagnostiqués chaque année en France (INCa 2015). Ils sont liés à 3 facteurs faisant jeu égal : le tabac, l'alcool et les virus de l'hépatite B ou C.
Pour réduire le risque de développer un cancer du foie, il est important d'arrêter de fumer et de réduire sa consommation d'alcool, mais aussi de respecter les mesures permettant d'éviter l'infection par les virus des hépatites B et C (injections médicales, usages de drogues par voie intraveineuse, etc.).

La politique de la vaccination contre l'hépatite B repose sur la vaccination des nourrissons, des adolescents de 11 à 15 ans non vaccinés et des personnes les plus à risque d'exposition.

Pour en savoir plus :
http://www.e-cancer.fr

Février 2008
Pr Hélène SANCHO-GARNIER
(CRLCC Val d'Aurelle - Montpellier)

Relecture et mise à jour : Mars 2018
Dr. Henri BASTIEN (Ligue contre le cancer)

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique. Elle fédère 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois domaines complémentaires l'information, la prévention, la promotion des dépistages et les actions pour les malades et leurs proches.

RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France. Sous le contrôle d'un conseil scientifique national et de conseils scientifiques régionaux ou inter régionaux, elle finance des travaux de recherches fondamentale, clinique, épidémiologique et de sciences humaines et psychosociales. Elle soutient des jeunes chercheurs par des allocations d'étude, assure le financement de programmes de recherche d'équipes labellisées pour l'excellence de leurs travaux et initie des programmes de recherche innovants comme « la Carte d'Identité des Tumeurs ».

INFORMATION, PRÉVENTION ET PROMOTION DES DÉPISTAGES

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs de risque et en organiser la protection, pour communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers, la Ligue met en œuvre des moyens de communication (dépliants, brochures, affiches) disponibles au Siège de la Ligue ou auprès de ses Comités départementaux. En partenariat avec l'Institut national du cancer, elle relaie sur le terrain, les messages de dépistage des cancers.

ACTIONS POUR LES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités départementaux de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux malades, anciens malades et à leurs proches. Pour l'amélioration de leur qualité de vie, ils proposent ces accompagnements et des activités de soutien diverses au sein d'Espaces Ligue, lieux d'information installés dans les unités de soins ou dans leur Comité.

rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

(Ecoute Ligue : 0 800 940 939 - Appel gratuit)

LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

La Ligue affiche un site internet (www.ligue-cancer.net) et édite une revue trimestrielle « Vivre » informant sur ses actions et celles de ses Comités départementaux ainsi que sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer. Elle met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent pouvant être saisi par toute personne physique ou morale sur diverses questions relevant de l'éthique et du cancer. La Ligue veut faire du cancer un enjeu de société rassemblant le plus de forces possibles des milieux sociaux, culturels et économiques.

DON en CONFIANCE
comitecharte.org

LA LIGUE

CONTRE LE CANCER

Ligue nationale contre le Cancer
14 rue Corvisart
75013 PARIS

Tél :01 53 55 24 00

Ligue contre le Cancer
Comité de Côte d'Or
29 C Rue de Talant
CS 40750
21007 DIJON Cedex

Tel : 03 80 50 80 00

cd21@ligue-cancer.net
www.ligue-cancer21.net

Coloradoc 03 80 570 570