

SOUS LE HAUT PATRONAGE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ



**CONFERENCE
INTERNATIONALE
AFRIQUE
CONTRE LE
CANCER**

1^{ère} EDITION

2018

République Démocratique du Congo



Ministère de la Santé












afrocancer
Réseau International Contre le Cancer



Fondation



SOMMAIRE

-  Mot d'ouverture de la présidente Melissa AMISI Sharufa
-  Mot de bienvenue et lancement de la Conférence Internationale Afrique Contre le Cancer par Son Excellence Monsieur OLY ILUNGA, MINISTRE DE LA SANTE
-  Présentation de la Fondation BOMOKO ; par la Présidente Melissa AMISI Sharufa
-  1^{ère} intervention ; par le docteur ALI RISASI, spécialiste Anatomopathologiste
-  2^{ème} intervention ; par Docteur Mobile KAMPANGA, spécialiste Urologue
-  3^{ème} intervention ; par le Pr. Dr. GINI EHUNGU Jean Lambert, Chef de service Hémato-Oncologie
-  4^{ème} intervention ; par le docteur Luc MAKABA, Directeur Médical du Centre International de Diagnostic
-  La conférence en images
-  contactez-nous



Mot d'ouverture de la présidente Melissa AMISI Sharufa

- Excellence Monsieur le Ministre, Membre du Gouvernement de la République Démocratique du Congo ;
- Excellences Messieurs les représentants des Ministres, Membres du Gouvernement de la République Démocratique du Congo ;
- Messieurs les Représentants des Organisations Internationales ;
- Messieurs les Membres du Corps Diplomatique ;
- Distingués invités, Mesdames et Messieurs, en vos titres et qualités respectifs.

De prime abord, permettez-nous de rendre grâce à Dieu, qui nous permet de nous réunir en ces moments. Qu'il en soit infiniment loué.

C'est pour nous un honneur et un privilège que de nous adresser à vous ce matin, en commençant par vous souhaiter la bienvenue, à l'occasion de l'ouverture officielle de cette première édition de la Conférence Internationale Afrique axée sur la lutte contre le Cancer.

Cette première édition constitue l'aboutissement d'un travail laborieux et collectif, entrepris depuis l'année dernière, en même temps que la mise en place de la structure de sensibilisation et de prévention du Cancer chargée également d'accompagner et d'assister les personnes atteintes de cette affection dans notre pays.

Il s'agit de la fondation BOMOKO, dont les activités vous seront décrites plus tard.

Toute l'équipe qui anime cette structure et moi-même, profitons de l'occasion que nous offrent les présentes assises pour exprimer nos vifs remerciements :

- A Son Excellence Monsieur Oly ILUNGA, Ministre de la Santé, pour sa disponibilité en dépit de ses multiples charges, son encouragement, son appui et son implication à cette initiative ;
- Ainsi qu'à nos principaux partenaires : Cadastre Minier, Fondation Kulisha, Maendeleo, AfroCancer, Biopharm, Centre International de Diagnostic, ASEJ, très bientôt le GFAOP et Assicas et bien d'autres personnes, tant physiques que morales, ici présentes ou représentées et qui, de près ou de loin, ne cessent de contribuer à l'avancement de nos activités.

A toutes et à tous, nous exprimons ici notre profonde gratitude.



Excellences,
Distingués Invités,
Mesdames et Messieurs,

Depuis plusieurs années, diverses actions ponctuelles sont entreprises dans la lutte contre le cancer dans notre pays.

Malheureusement, force est de constater que les retombées de toutes ces actions demeurent peu porteuses, en termes aussi bien de changement des mentalités que de prise en charge des différents types de la maladie.

Il y a donc un grand déficit à combler dans ce domaine, ce qui veut dire que la moisson est grande et qu'il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine qui nous concerne tous.

En effet, c'est au cours de différents contacts avec le public que nous nous sommes rendu compte de ce déficit. Les réponses récurrentes aux questions posées sur le Cancer se résument en ces termes : « Cancer ? C'est trop vaste et très coûteux », « Ce n'est pas le bon moment d'en parler », etc.

Et pourtant, de par le monde, plus que jamais, l'évolution de la science et des modes de vie nous exposent tous, indistinctement, aux risques du Cancer ; quels que soient notre âge, notre sexe, ou encore notre niveau social ou notre race.

Sous d'autres cieux, l'ampleur de l'exposition aux risques du cancer, qui, à juste titre, est considéré comme maladie de la civilisation, et les signaux d'alarmes qui fusent de partout à ce sujet, poussent plusieurs pays à mettre en place des dispositifs adéquats et des mesures tant préventives, palliatives que curatives pour lutter contre ce fléau.

La République Démocratique du Congo, notre pays, ainsi que le Continent Africain tout entier, ne peuvent demeurer en reste, surtout en cette ère moderne de la mondialisation.

Les quelques premières actions de sensibilisation entreprises sur terrain par La Fondation BOMOKO nous ont démontré et nous renforcent dans la perception du besoin d'information et de sensibilisation du public, qui en manifeste un intérêt croissant.

Dans ce sens, la Conférence Internationale Afrique contre le Cancer arrive donc à point nommé.

Aussi, en réunissant les professionnels de la santé spécialistes en la matière pour partager leur réflexion à ce sujet avec les participants intéressés, cette Conférence offre-t-elle l'opportunité de connaître les avancées scientifiques réalisées en matière de lutte contre le Cancer, ainsi que les réformes et mesures prises ailleurs, susceptibles d'induire le renforcement de nos capacités et stratégies dans la prévention et la lutte contre cette terrible maladie.

Excellences,
Distingués Invités,
Mesdames, Messieurs,

Toute l'équipe de la FONDATION BOMOKO et moi-même saisissons cette opportunité pour vous formuler, à toutes et à tous, les vœux les meilleurs pour cette année nouvelle 2018.

Vous aurez certainement relevé quelques insuffisances et imperfections dans l'organisation de ces assises. Elles sont à mettre sur le compte de la jeunesse de notre Structure et, surtout, de la faiblesse de ses ressources au regard des objectifs poursuivis et de l'étendue de notre territoire nationale.

Nous implorons donc votre indulgence à cet égard.

Sans plus tarder, nous invitons, sous vos acclamations, son Excellence Monsieur Oly Ilunga, Ministre de la Santé pour son mot de circonstance.





Mot de bienvenue et lancement de la Conférence Internationale Afrique Contre le Cancer par

Son Excellence Monsieur OLY ILUNGA, MINISTRE DE LA SANTE

Madame la Présidente de la Fondation Bomoko,

Mesdames et Messieurs,

Distingués invités en vos titres et qualités respectifs,

Chaque année, nous nous réunissons le 4 février pour célébrer la Journée mondiale de lutte contre le cancer. Longtemps ignoré en Afrique au profit des maladies transmissibles tels que le VIH et la malaria, le cancer est devenu un risque de santé publique majeur chez nous, emportant des milliers de vies.

Cette journée mondiale nous rappelle chaque année que nous devons renforcer notre action aussi bien au niveau des institutions publiques que privées pour lutter efficacement contre cette maladie qui ne cesse de prendre de l'ampleur tant en incidence qu'en terme de mortalité.

Un grand chemin reste encore à parcourir pour donner accès à tous les Congolais aux moyens diagnostics et thérapeutiques modernes. Toutefois, les moyens nécessaires pour vaincre ce fléau vont au-delà de l'action du Ministère de la Santé. Il requiert l'implication de tous : chercheurs, praticiens, associations, société civile et secteur privé. Tous ces acteurs qui sont impliqués dans la lutte contre le cancer doivent conjuguer leurs efforts autour d'un objectif commun : la santé, le bien-être et la dignité de la population congolaise.

Mesdames et Messieurs,

Distingués invités,

La plus grande richesse d'une Nation, c'est son capital humain. Et la santé est le bien le plus précieux de chaque humain. La santé est un droit fondamental reconnu par notre Constitution. C'est celui qui nous permet de jouir de tous les autres droits et d'avoir une vie digne. Notre rôle, en tant que Gouvernement, est de protéger la population et de développer ce capital humain. Or, le cancer est un fardeau qui constitue une véritable menace pour le développement humain et économique de notre pays.



Il faut savoir que cancer n'est pas une fatalité. Diagnostiqué et pris en charge rapidement, il est possible de guérir du cancer. Ainsi, la meilleure protection contre le cancer est la prévention, la sensibilisation et le dépistage précoce. Une personne atteinte d'un cancer en Afrique est 3 fois plus susceptible de mourir qu'une personne atteinte du même cancer aux États-Unis ou en Europe du fait d'un diagnostic tardif.

Donc il n'y a pas que les médecins qui sauvent des vies. Tous les volontaires qui donnent de leur temps et partagent leur expertise pour informer la population sont également des héros de la santé et leurs actions maximisent de façon significative les chances de guérison des personnes malades. C'est pour cela que je tiens à féliciter la Fondation Bomoko et tous ses volontaires pour tout le travail qu'ils ont abattu depuis leurs récents débuts. Vous ne vous en rendez peut-être pas toujours compte mais en sensibilisant la population, en les dirigeant vers les institutions compétentes et en rendant les frais de prise en charge plus accessibles, vous sauvez des vies et vous contribuez au développement humain de notre pays.

Avec la main sur le cœur, vous n'avez pas attendu que les circonstances soient idéales pour agir. Guidés par l'idéal de la jeunesse, vous avez identifié une opportunité pour rendre ce pays meilleur et vous l'avez saisi brillamment.

Et, avec cette première « Conférence Internationale : Afrique Contre le Cancer », vous mettez en lumière le combat que la RDC mène contre ce tueur silencieux et que nous continuerons à mener tous ensemble.

Je vous remercie.





Bomoko

Fondation

Présentation de la Fondation BOMOKO ;
par la Présidente

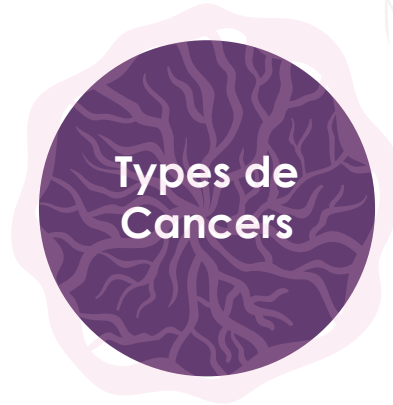
Melissa AMISI Sharufa



1. Présentation de la Fondation

Qui sommes-nous

Nous sommes une structure de lutte contre le cancer de manière préventive en RDC. La prévention à elle seule est l'une des stratégies à long terme la plus rentable car un tiers au moins de l'ensemble des cas de cancer sont évitables.



-  Cancer du sein
-  Cancer du col de l'utérus
-  Cancer de la prostate
-  Cancer du côlon
-  Cancer du poumon
-  Cancer de la peau
-  Les leucémies

Nos objectifs pour la prévention



Sensibiliser et éduquer de la population : Rendre accessible la vulgarisation de l'information à tous et en considérant les différents secteurs



Favoriser l'accès au dépistage du cancer en faveur des personnes présentant le plus de chance d'en souffrir et des plus démunies



Faciliter la mise en place des programmes scientifiques permettant de réunir le personnel médical pour un partage d'expérience et de connaissance par des formations et stages professionnels

Notre cible :

Les hommes et les femmes de 25 à 69 ans

Les adolescents

Notre communication :

Plateforme digitale (Facebook, Instagram, Twitter et siteweb)

Centre d'information

Porte-à-porte et descente sur terrain

Notre autonomie financière :

Dons des particuliers et entreprises

Subvention (en cours)

Activités génératrices de la fondation



2. Pistes de solution



En conclusion de ce qui précède, nous nous permettons de proposer quelques pistes de solutions pour remédier à ce fléau et ainsi réduire l'engrenage de cette maladie

Nous proposons donc :



La mise sur pied d'un programme élargi de sensibilisation (PELS), partie intégrante du programme national de la lutte contre le cancer; qui sera une action efficace pour vulgariser les informations liées au cancer dans la population, cela se fera sur toute l'étendue du territoire national de manière continue et intégrale sur une durée de cinq ans minimum. Le PELS sera mis en œuvre dans toutes les structures sociétares, à savoir :

- les milieux scolaires et étudiantins,
- les Entreprises tant du secteur public que privé,
- les communautés rurales,
- les Médias



Engager différents plaidoyers pour soutenir la lutte préventive contre le Cancer :

- **Plaidoyer en faveur des femmes présentant des risques accrus de cancer**
- **Plaidoyer en faveur de la création d'un fond mixte pour subvenir aux organisations qui luttent contre le Cancer**
- **Plaidoyer en faveur de l'optimisation du secteur de la recherche sur le cancer et de la mise en place d'un registre national de cancer**





1ère intervention ; par le
docteur **ALI RISASI**,
spécialiste
Anatomopathologiste

Thème :
Estimation du pronostic et indentification
des individus à risque accru de cancer du
col de l'utérus



BIOGRAPHIE

Professeur Dr. Ali-Risasi Catherine née à Kinshasa, le 27 avril 1970 est Pathologiste et chef de département de Biologie Clinique à l' HOPITAL PROVINCIAL GENERAL DE KINSHASA (ex mama yemo). Diplômée d'Etat des Humanités Scientifiques, option Biochimie, au Groupe Scolaire du Mont-Amba, en 1999, elle décroche le diplôme de Docteur en Médecine, Chirurgie et accouchements à l'Université de Kinshasa, puis en 2007 le diplôme de spécialiste en Biologie Médicale, option Anatomie Pathologique au sein de la même université. En 2015, elle soutient sa Thèse doctorale « **Cancer of the Uterine Cervix among Women of Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo : Prevalence, Co-factors and the Human Papillomavirus** » qui lui permet d'obtenir le diplôme de Docteur (PhD) en Sciences Biomédicales à l'Université de GAND en Belgique.

Elle enchaînera plusieurs stages de perfectionnement ;

- Au Département d'Anatomie Pathologique de Katholieke Universiteit Leuven, Belgique.
- Au Département d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Universitaire de Gand, Belgique.
- Formation complémentaire en cytopathologie, en histopathologie de l'appareil génital féminin et en colposcopie à Leuven (Gasthuisberg) ainsi qu'à l'Hôpital Universitaire de Gand. Auteur de plusieurs publications scientifiques ;
- Human papillomavirus genotype profile in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo: implications for vaccination (2008).
- Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo (2014).
- Comparative analysis of cervical cytology and HPV genotyping by three different methods in routine diagnostic setting (2015).
- Evaluation of the clinical significance of human papillomavirus (HPV) (2015).
- Prevalence and risk factors for cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo: a cross-sectional study (2015) .
- Prognostic features of breast cancer differ between women in the Democratic Republic of Congo and Belgium (2015).
- Cancer of the uterine cervix in Kinshasa: association with HIV and diagnostic accuracy of the Papanicolaou test (2015).
- Evaluation des co-facteurs de risque des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin à Kinshasa (2007).
- Diagnostic des dysplasies cervicales en présence de l'infection à HIV : perte d'efficacité de la cytologie conventionnelle (2008).
- Study of the HPV genotype profile in the environment of Kinshasa (International Congress UICC, 2008).
- HPV incidence in relation to HIV status in Kinshasa analysed in a combined PCR and cytopathological study of (pre)cancerous lesions of the cervix (Eurogin Congress: Joining Forces for Cervical Cancer Prevention. Nice, France, November, 2008).
- Genotypic profile of the Human Papillomavirus in relation to cervical cancer in women of Kinshasa, D.R.Congo (Eurogin Congress: Human Papillomavirus, cervical & other diseases. Prague, Tchechia, 2012).
- Knowledge, attitude and practice about cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo.(Eurogin Congress: HPV at a crossroad – 30 years of research and Practice, Florence, Italy, 2013).
- Precancerous and cancerous lesions of the uterine cervix in Kinshasa (Association with HIV infection, Salzburg, Austria Eurogin 2016).
- Etude du profil génotypique du HPV rencontrées dans l'environnement de Kinshasa (2007).
- Etude comparée des techniques de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses cervicales en présence de l'infection par le VIH à Kinshasa. (2007)
- Description des connaissances, attitude et pratique des femmes de Kinshasa vis-à-vis du cancer du col utérin (2009)





ESTIMATION DU PRONOSTIC ET IDENTIFICATION DES PERSONNES A RISQUE ACCRU DE **CANCER DU COL UTERIN**

présentée par Prof. Cathérine Ali-Risasi
HPGRK (février2018)

Plan de l'exposé

I. Introduction générale

II. Moyens d'identification des personnes à risque accru de CCU

- prévention
- dépistage
- traitement /prise en charge

III. Situation de la RDCongo

IV. Conclusions

I. Introduction générale

-Le cancer du col utérin (CCU) constitue la principale cause de décès/ cancer dans le monde chez la femme .

Selon GLOBOCAN 2012

-Plus de 530.000 nouveaux cas et 275.000 de décès sont enregistrés chaque année.

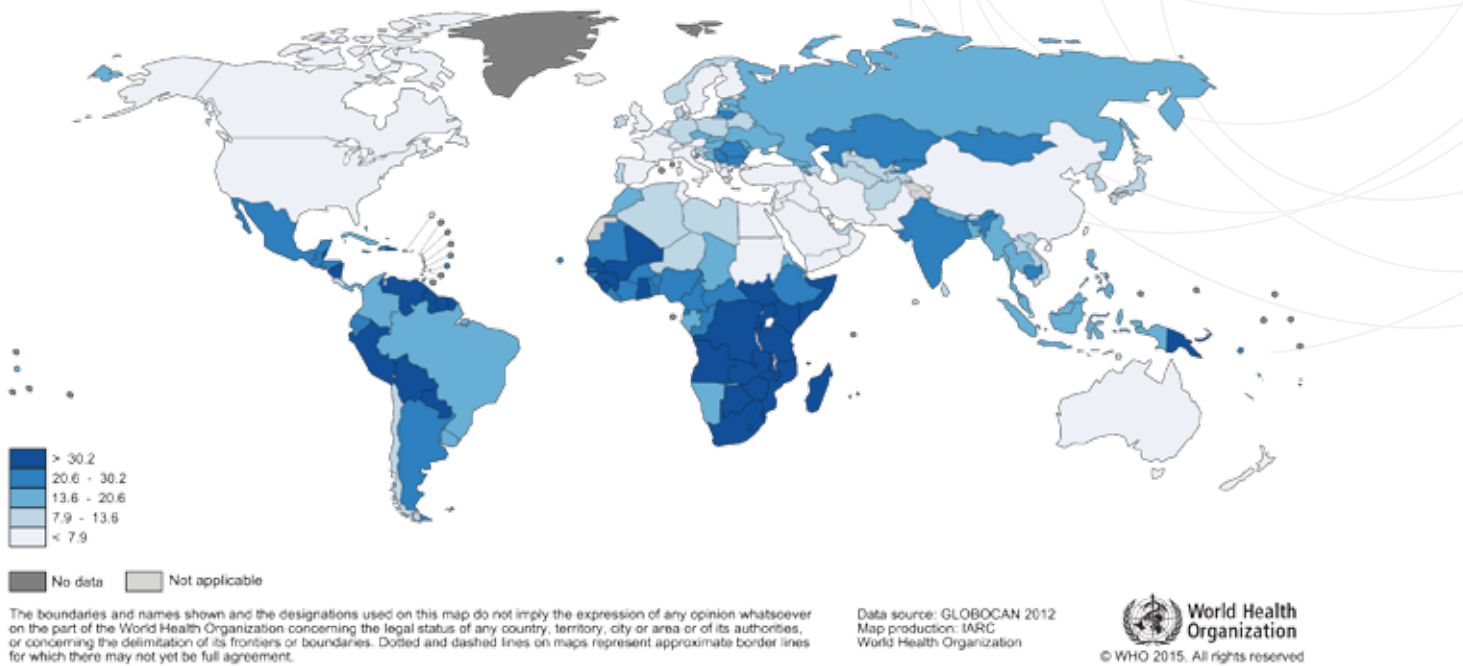
80% des cas sont retrouvés dans les pays en voies de développement.

“Le Cancer du col utérin est le cancer le plus fréquent de la femme en Afrique sub-saharienne”

GLOBOCAN 2012.

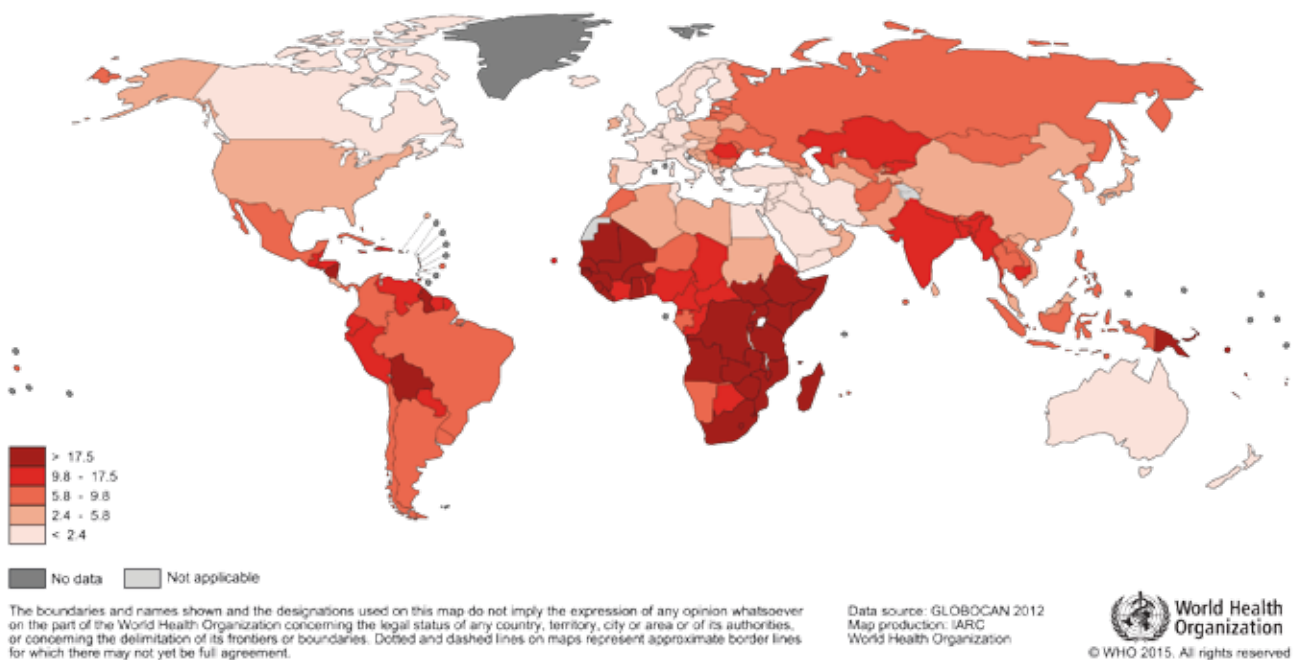


Estimated Cervical Cancer Incidence Worldwide in 2012



Estimated age-standardised rates (World) per 100,000

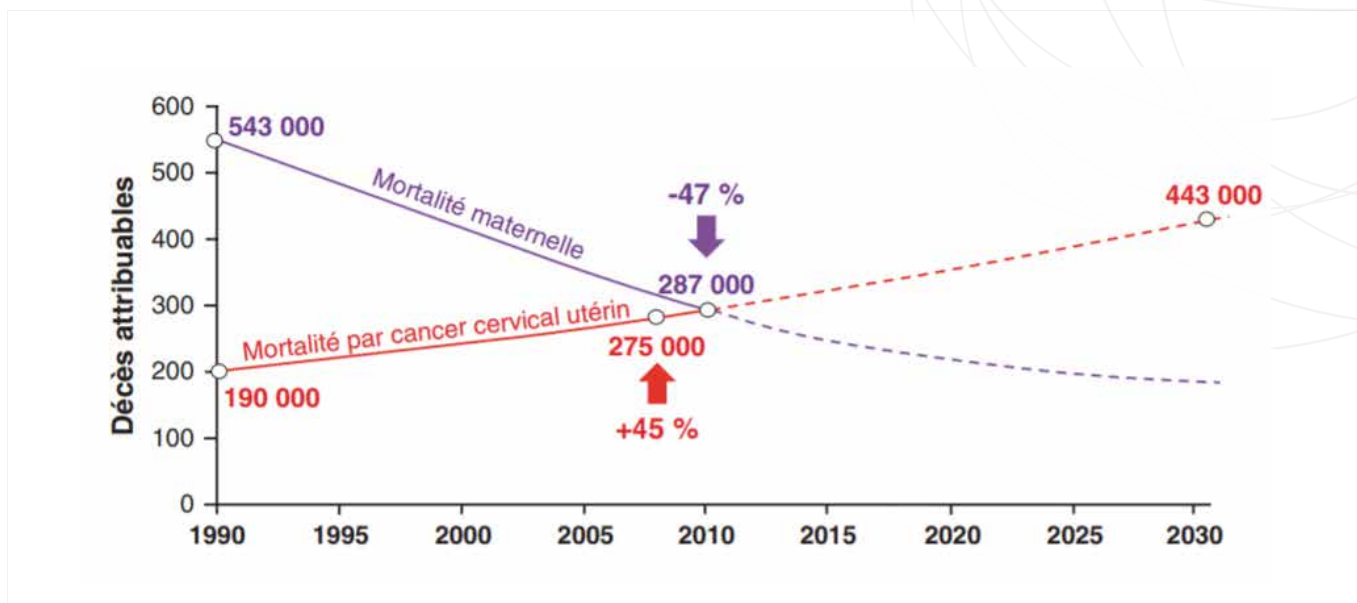
Estimated Cervical Cancer Mortality Worldwide in 2012



Estimated age-standardised rates (World) per 100,000



Si aucune mesure n'est prise, on pourrait passer à 1,4M nouveaux cas et 1,05M décès d'ici 2030.



- La cause principale

l'infection par le **PAPILLOMAVIRUS HUMAIN** à haut risque (oncogènes)

- Plus de 120 types sont déjà décrits

- Types à haut risque incriminés : types 16 et 18

- L'infection survient chez la jeune fille lors de ses premiers rapports sexuels

Classification des types de HPV

| | |
|-----------------------|--|
| HPV à tropisme cutané | 1, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 25, 41, 47, 49, 55, 63 |
| HPV à bas risque | 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 32, 40, 42, 43, 44, 57 |
| HPV à haut risque | 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 |
| HPV risque probable | 68 |
| HPV à risque possible | 26, 53, 66, 67, 70, 73, 82 |

Plus de 80% de femmes éliminent le virus (clearance) et seule celles qui voient le virus persister qui développent la maladie (10-20ans plus tard)

Co-facteurs

- précocité des rapports sexuels
- multiplicité des partenaires
- tabagisme
- usage des contraceptifs oraux etc...



LE CANCER DU COL EST UNE MALADIE EVITABLE

COMMENT L'EVITER?

- Organisation d'un programme national de lutte contre le cancer du col utérin

QUI DOIT ETRE DEPISTE

- toute femme au-delà de 25 ans ayant une vie sexuelle active.
- le réaliser au moins une fois dans sa vie.

Informier- former-éduquer-sensibiliser la population cible et le personnel de santé Adhésion au programme de dépistage organisé



LES MOYENS

la prévention - le dépistage - le traitement - les soins palliatifs

LA PREVENTION

Prévention primaire:

Vaccination des jeunes filles entre 9-13 ans par le vaccin contre **Papillomavirus humain (PVH)**.

Types de Vaccins contre Papillomavirus

***CERVARIX (bivalent) GSK6**
HPV 16 et 18

***GARDASIL (quadrivalent) MSD**
HPV 6, 11, 16 et 18

***NONAVALENT (Gardasil 9) GSK**
6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 54

Prévention secondaire (dépistage)

- IVA ,IVL
- Cytologie conventionnelle
- Test de détection de l'ADN du PVH
- Prise en charge des lésions précancéreuses:
 - cryothérapie
 - résection à l'anse diathermique

Prévention tertiaire :

- Accès au traitement
- chirurgie,
- chimiothérapie & radiothérapie
- soins palliatifs

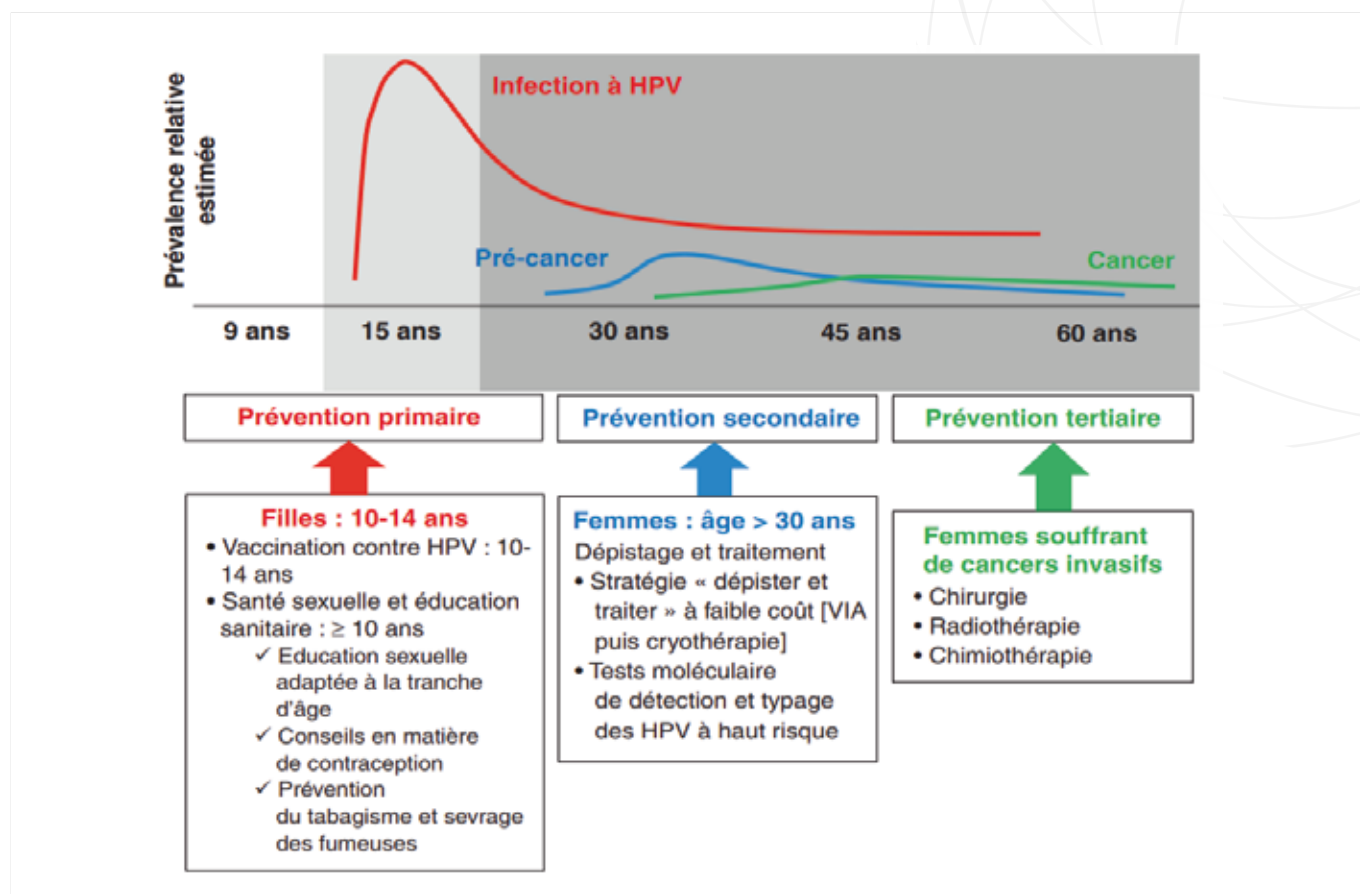
IVA positif (acide acétique)



Prélèvement pour la cytologie



Histoire naturelle de l'infection PVH et CCU



III. SITUATION DE LA RDCongo



le Cancer du col utérin constitue t-il réellement un problème de santé publique?

-Le Programme National de la Santé de la Reproduction(PNSR) qui inclus le Cancer.

-Stratégie nationale de lutte contre les cancers du col et du sein en RDCongo .



Doit-on continuer à parler de l'inexistence d'un Programme national ou mettre en application la stratégie déjà rédigée?

Le programme a opté pour un outil de dépistage peu cher, rapide, efficace, mobiles , facile à réaliser : IVA et IVL. Recommandé par l' OMS pour les pays à faibles revenus.

Le problème reste entier. Il existe très peu ou presque pas de données sur le CCU. Les travaux réalisés par les ONGs ne sont pas souvent publiés , ni exploités correctement.



EN RDCongo

| | |
|---------------------|--|
| VACCINATION | NON INTRODUITE (GAVI) car très cher 400 dollars (3doses) |
| INSPECTION VISUELLE | OPPORTUNISTE |
| CYTOLOGIE | OPPORTUNISTE ET LOGISTIQUE |
| TEST ADN-PVH | PAS INTRODUIT (cout élevé) |
| TRAITEMENT | Non organisé et excessivement cher |
| SOINS PALLIATIFS | Pas existant |

ENJEUX ET DEFIS

mettre en route le plan de stratégie de lutte contre le CCU existant et l'évaluer tenant compte des réalités socio-économique du milieu

penser à introduire la vaccination contre PVH

organiser des centres (point focaux) pour la prise en charge des cas dépistés tout en rendant ces traitements accessibles à la population

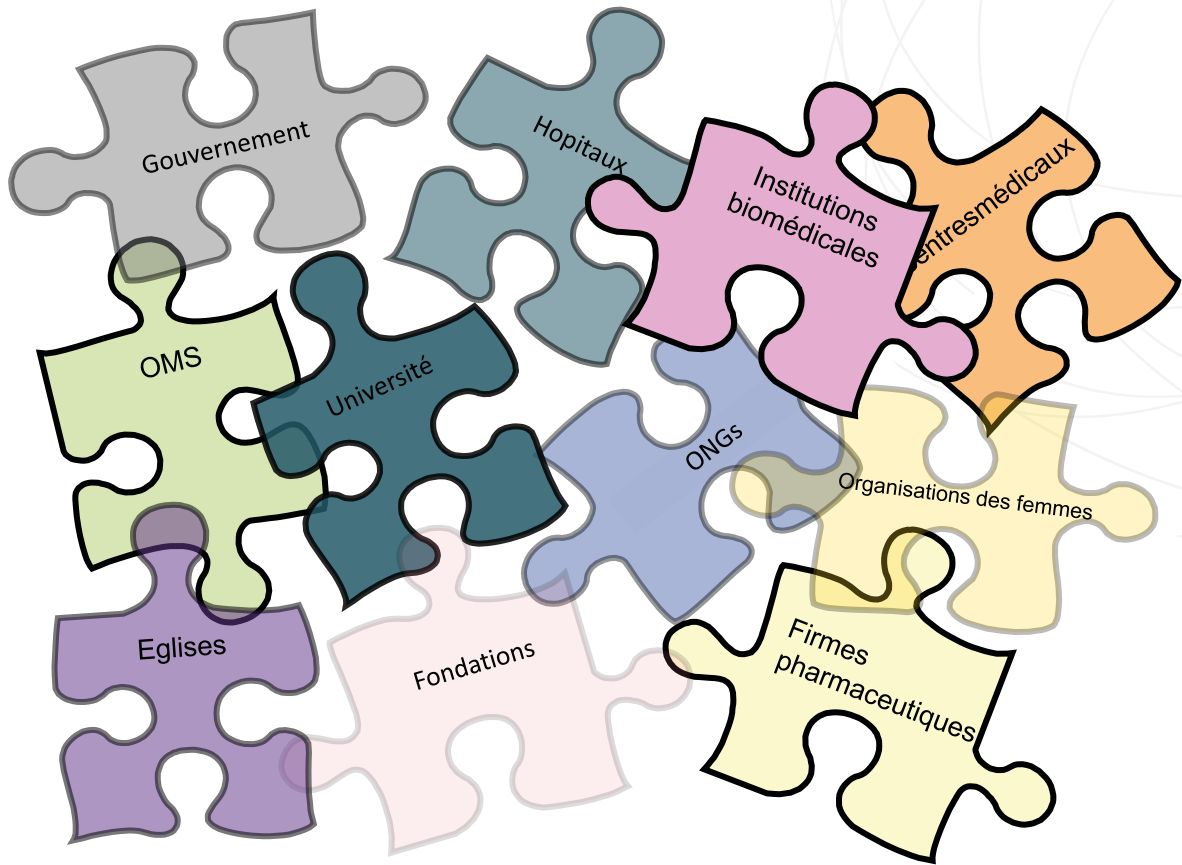
CLE DE LA REUSSITE

implication du gouvernement pour une réelle mise en route des activités bien organisées

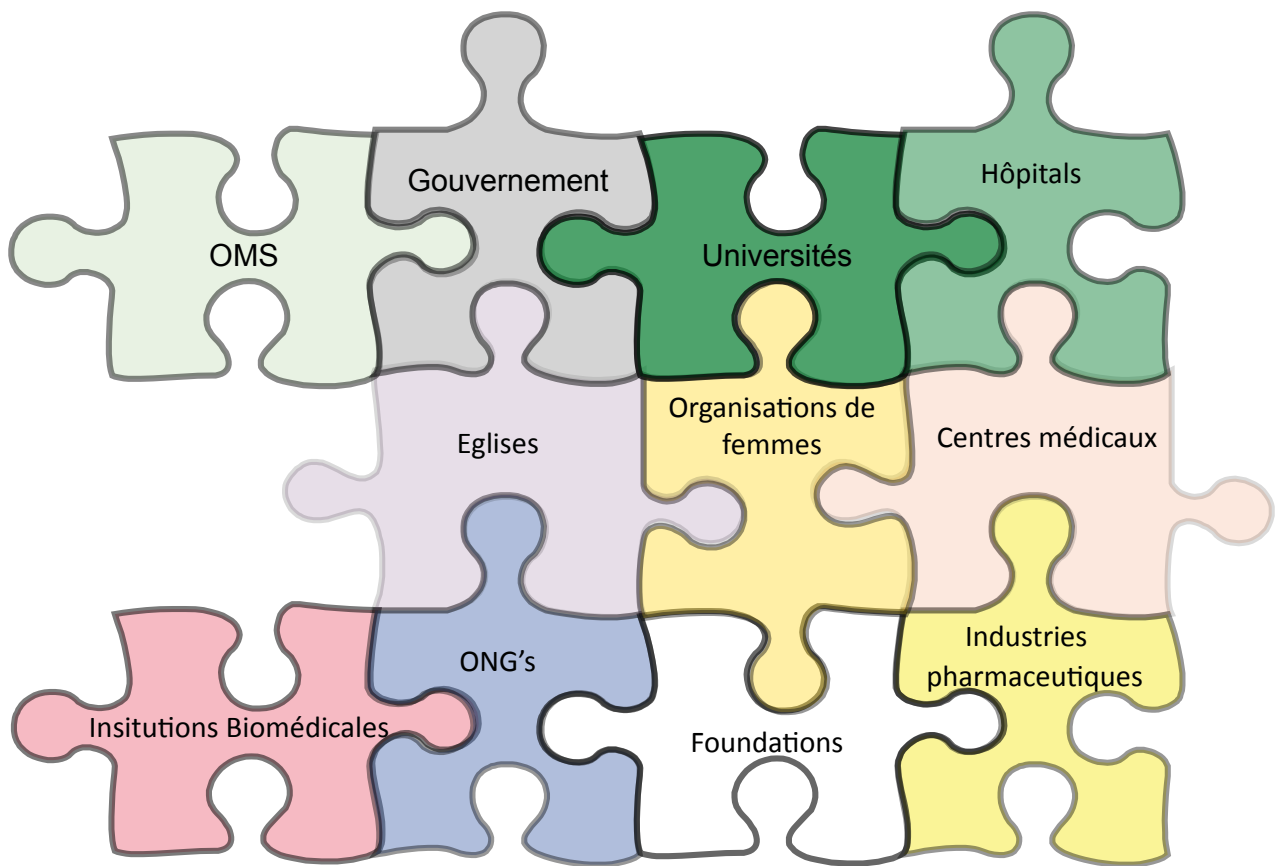
Quelques programmes pilotes existent en Afrique :
programme WAKA (RSA, Burundi, Ethiopie ,Kenya, Tanzanie et RDCongo) □ ONGs: Fondation BOMOKO, Linac , Ailes du cœur, Assicas, Repos, Alcc, etc....

Organiser plus correctement les activités avec les partenaires et éviter les initiatives isolées .





Pour la prévention du cancer du col utérin





2ème intervention ; par
Docteur
Mobile KAMPANGA,
spécialiste Urologue

Thème :
Estimation du pronostic et identification
des individus à risque accru de cancer de
la prostate



BIOGRAPHIE

Chirurgien Urologue, de Nationalité Congolaise. Il a effectué ses études en RDC, en France, Belgique et en Inde.

Détenteur de plusieurs diplômes, notamment un diplôme de Spécialiste en Chirurgie Urologique, Diplôme Universitaire d'Endo-Urologie et de Lithotritie extra Corporelle, Diplôme d'Université d'Urodynamique, Attestation d'Etudes Universitaires d'Echographie Urologique, et une formation sur le traitement des stenosesuretrales complexes.

Ancien Directeur du programme des Urgences et Action humanitaire, et Conseiller Médical au Ministère de la Santé, Il est actuellement Chirurgien Urologue à la Clinique Ngaliema, Consultant en Urologie et installation d'un lithotriporteur à l'hôpital du Cinquantenaire, et Centre Médical spécialisé pour Thermo thérapie, Traitement de l'impuissance par ondes de choc de faible intensité. Il est également Membre de SIU (Société Internationale d'Urologie), Membre Etranger de l'AUA (American urological Association), il est également Secrétaire général de l'Association Congolaise d'Urologie.





LE CANCER DE PROSTATE : PARLONS-EN

Dr. Mobile KAMPANGA
Chirurgien urologue
Service de chirurgie- unité d'urologie
Clinique Ngaliema
Urologie et santé communautaire (ong santé)



C'EST QUOI LA PROSTATE



Glande exocrine masculine (organe génital interne de l'homme)

Rôles physiologiques:

Continence urinaire involontaire

Reproduction :

- Production spermatique
- Capacitation spermatozoïdaire

LE CANCER DE LA PROSTATE: QUELQUES CHIFFRES

IARC (Agence internationale pour la recherche sur le cancer)

- 1er cancer et première cause de mortalité par cancer de l'homme noir africain
- 2010 : 29.707 décès
- 2030 : 57.048 (nombre décès estimé soit augmentation de 92% en 2 décennies)

Statistiques clinique Ngaliema : l'incidence a triplé en 10 ans de 2002 à 2012

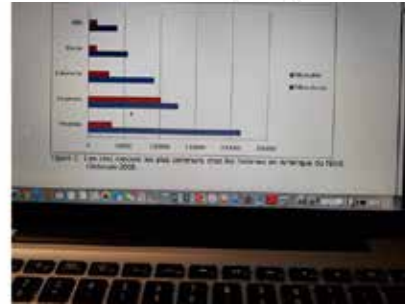
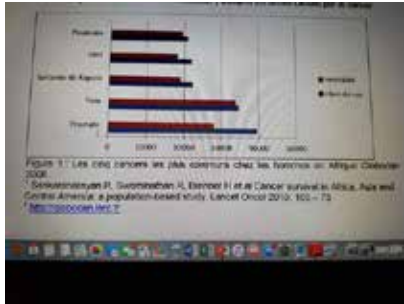
- 2002: 9 cas
- 2012: 29 cas (pic de 47 cas en 2011)

Cancer de prostate: incidence et mortalité en Afrique (UA- CAMH6 22-26/04/2013)

| REGION | INCIDENCE/100.000 | MORTALITE/100.000 |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| Afrique Australe | 59,3 | 19,8 |
| Afrique de l'Ouest | 22,2 | 18,3 |
| Afrique Centrale | 16,4 | 13,4 |
| Afrique de l'Est | 14,5 | 11,7 |
| Afrique du Nord | 8,1 | 6,2 |



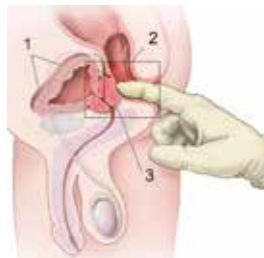
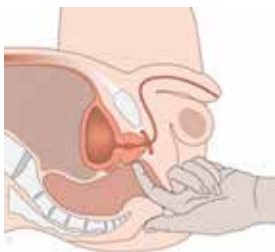
INCIDENCE ET MORTALITÉ COMPARÉES (AFRIQUE-AMÉRIQUE DU NORD)



QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE

- Age: à partir de 50 ans
- La race (incidence plus élevée chez les noirs)
- L'histoire familiale de cancer de prostate (et même d'autres cancers)

DÉPISTAGE



- Dosage du PSA
- Toucher rectal
- Imagerie (echo, irm) en complément si doute

RECOMMANDATIONS POUR LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE (EAU-2017)

- Ne proposer le dosage de PSA qu'après counseling sur les risques et bénéfices potentiels
- Individualiser approche et stratégies de diagnostic précoces aux personnes en bonne
- santé avec espérance-vie de plus de 10 à 15 ans
- Le dosage de PSA va cibler les personnes à risque:
 - Hommes > 50 ans d'Age
 - Hommes > 45 ans d'Age avec histoire familiale de cancer de prostate
 - Africains (afro-américains) > 45 ans d'Age
 - Homme avec PSA > 1 ng/ml à 40 ans d'Age
 - Homme avec PSA > 2 ng/ml à 60 ans d'Age
- L'intervalle de suivi de dosage de PSA: tous les 2 ans pour les personnes à risque
- dépistage inutile pour les personnes dont l'espérance-vie est de < 15 ans





QUELS SONT LES SYMPTÔMES DU CANCER DE PROSTATE

- Au stade précoce le CAP est asymptomatique
- Quand il y a des symptômes, ils sont généralement dus à l'obstruction causée par l'hypertrophie prostatique (dysurie, pollakiurie surtout nocturne, urgenturie)
- Autres symptômes peu fréquents : hématurie, hemospermie, douleurs à l'éjaculation
- C'est à un stade avancé que souvent le cancer de prostate présente des symptômes multi-formes liés aux métastases et aux complications obstructives (douleurs osseuses, altération de l'état général (amaigrissement) signes d'insuffisance rénale, anémie, fractures pathologiques, constipation voire occlusion intestinale etc.)

LE DIAGNOSTIC

- Découverte fortuite :
 - Découverte d'un taux de PSA anormalement élevé lors d'un bilan de santé ou d'un dépistage systématique
 - Découverte histologique d'un cancer sur une pièce opératoire d'une tumeur prostatique initialement bénigne
 - Découverte clinique (ganglion, masse inhabituelle) ou à l'imagerie (échographie, scanner, clichés RX standard) d'une métastase
- Découverte suite aux symptômes du patient: par TR et dosage de PSA
- Le diagnostic sera confirmé par la biopsie prostatique
- Il est nécessaire après confirmation histologique de faire un bilan supplémentaire (bilan d'extension) pour préciser le stade de la maladie pour préciser les indications thérapeutiques

QUELS SONT LES MOYENS DE DIAGNOSTIC DISPONIBLES EN RDC

- L'examen clinique (tr) par un spécialiste ou tout autre médecin forme.
- Le dosage de PSA disponible dans pratiquement tous les grands laboratoires du pays
- Les examens d'imagerie viennent en appui au diagnostic et servent plus pour le bilan d'extension.
- L'échographie prostatique par voie endorectale est utile pour les biopsies échoguidées (plus sensibles que les biopsies digito-guidées pratiquées autrefois)

STADES DE LA MALADIE (CLASSIFICATION TNM)

Table 4.1.1: Tumour Node Metastasis (TNM) classification of PCa [55]

| | |
|---|---|
| T - Primary Tumour | |
| TX | Primary tumour cannot be assessed |
| T0 | No evidence of primary tumour |
| T1 | Clinically inapparent tumour that is not palpable |
| T1a | Tumour incidental histological finding in 5% or less of tissue resected |
| T1b | Tumour incidental histological finding in more than 5% of tissue resected |
| T1c | Tumour identified by needle biopsy (e.g. because of elevated prostate-specific antigen (PSA) level) |
| T2 | Tumour that is palpable and confined within the prostate |
| T2a | Tumour involves one half of one lobe or less |
| T2b | Tumour involves more than half of one lobe, but not both lobes |
| T2c | Tumour involves both lobes |
| T3 | Tumour extends through the prostatic capsule ¹ |
| T3a | Extracapsular extension (unilateral or bilateral) including microscopic bladder neck involvement |
| T3b | Tumour invades seminal vesicle(s) |
| T4 | Tumour is fixed or invades adjacent structures other than seminal vesicles: external sphincter, rectum, levator muscles, and/or pelvic wall |
| N - Regional Lymph Nodes² | |
| NX | Regional lymph nodes cannot be assessed |
| N0 | No regional lymph node metastasis |
| N1 | Regional lymph node metastasis |
| M - Distant Metastasis³ | |
| M0 | No distant metastasis |
| M1 | Distant metastasis |
| M1a | Non-regional lymph node(s) |
| M1b | Bone(s) |
| M1c | Other site(s) |



LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE : MODALITÉS ACTUELLES (1)

CANCER DE PROSTATE LOCALISÉ

- Surveillance active : réservée aux cancers de faible stade T1c ou T2a, grade 6-7, < 2-3 carottes positives sur lesquelles on note < 50% de cancer. Quelle surveillance? PSA tous les 6 mois et Tr chaque année; mais taux de progression entre 17 à 44% ? Donc prudence !!!

- Prostatectomie radicale rétro-pubienne

- CLASSIQUE OUVERTE
- LA PAROSCOPIQUE
- LA PAROSCOPIQUE ROBOT- ASSISTÉE
 - Radiothérapie (externe, brachythérapie)
 - Cryothérapie
 - HIFU

LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE : MODALITÉS ACTUELLES (2)

CANCER DE PROSTATE LOCALEMENT AVANCÉ :

Prostatectomie radicale associée à la radiothérapie

CANCER MÉTASTASE

- Surveillance si asymptomatique

- Traitement hormonal androgénoprive (castration chirurgicale ou chimique)

- Traitement des complications

CANCER MÉTASTASE RÉSISTANT A LA CASTRATION (ÉCHAPPEMENT THÉRAPEUTIQUE)

chimiothérapie

LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE : MODALITÉS DISPONIBLES EN RDC

CANCER DE PROSTATE LOCALEMENT AVANCÉ :

Prostatectomie radicale rétro-pubienne ouverte classique

CANCER MÉTASTASE

- Traitement hormonal androgénoprive (castration chirurgicale ou chimique)

- Traitement des complications souvent par chirurgie classique

CANCER MÉTASTASE RÉSISTANT A LA CASTRATION (ÉCHAPPEMENT THÉRAPEUTIQUE)

Chimiothérapie : faibles disponibilité et coûts excessifs des produits

COMMENT RELEVER LES DÉFIS (RECOMMANDATIONS)

- 1) ÉLABORER UN PROGRAMME (UNE POLITIQUE) NATIONAL DE CONTRÔLE DU CANCER DE PROSTATE
- 2) PROMOUVOIR DES SYNERGIES DES EFFORTS POUR LE CONTRÔLE DE LA MALADIE
- 3) AMÉLIORER L'OFFRE DES SERVICES DES SOINS:
Créer des centres pilotes au sein desquels on développe les ressources de diagnostic et thérapeutiques pertinentes modernes (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)
- 4) INFORMATION-ÉDUCATION-COMMUNICATION (IEC) AUPRÈS DES COMMUNAUTÉS SUR LA MALADIE ET LES MOYENS DE PRISE EN CHARGE DISPONIBLES AU PAYS.
- 5) PROMOUVOIR ET FINANCER LA RECHERCHE CLINIQUE ET FONDAMENTALE
- 6) CRÉER UN PARTENARIAT NATIONAL ET INTERNATIONAL BILATÉRAL ET MULTILATÉRAL AFIN DE PARTAGER LES CONNAISSANCES ET MOBILISER LES RESSOURCES POUR FINANCER LES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LE CONTRÔLE DE LA MALADIE



3ème intervention ; par le
**Pr. Dr. GINI EHUNGU Jean
Lambert**, Chef de service
Hémato-Oncologie

Thème :
La problématique de la prise en charge du
cancer de l'enfant



BIOGRAPHIE

Le docteur GINI EHUNGU KATWAKANI Jean Lambert est docteur en médecine, Chirurgie et accouchement. Il est Spécialiste en Pédiatrie, spécialiste en Hématologie et Oncologie pédiatrique, docteur en science médicales (Ph.D en 1985).

Professeur Ordinaire depuis 1996. Il est dispense les enseignements à l'Unikin, et dans plusieurs autres universités dans le pays à Kinshasa, comme dans les provinces. Il dispense plusieurs cours à savoir Pédiatrie général, Hématologie générale, Hématologie pédiatrique, Oncologie pédiatrique, Immunologie, Physiologie générale, Physiologie spéciale.

Ayant occupé plusieurs fonctions académiques et administratives, à savoir : Ancien Médecin directeur au cliniques Bondeko et aux cliniques universitaires de Kinshasa, Doyen à la aculté de médecine à l'Unikin, chef de département de pédiatrie, Recteur de l'Université de Mbandaka, Secrétaire du département de Pédiatrie chargé de l'enseignement, Il est Membre de l'AORTIC, et est actuellement Chef d'unité pilote Kinshasa dans le cadre du GFAOP (Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique qui a comme mission : Soigner le cancer de l'enfant en Afrique).





INTRODUCTION

1. Développement néoplastique

Processus caractérisé par un développement cellulaire incontrôlé, suite à une mutation génétique, échappant aux mécanismes normaux de régulation cellulaire, conduisant à une masse tumorale.

2. Tumeur maligne (cancer)

Masse tumorale capable d'envahir les tissus environnants et se développer dans des tissus éloignés du site primaire par métastase

3. Tumeur bénigne

Pathologie caractérisée par une masse tumorale (ex: myome utérin)

- ◆ se développant in situ
- ◆ sans métastase

SIGNE D'APPEL

TABLEAU 1

Les 7 signes d'alarme d'un cancer selon l'American Cancer Society

- Masse ou infiltration dans le sein ou ailleurs
- Saignement ou écoulement anormaux
- Modification du transit intestinal ou des mictions
- Plaie qui ne cicatrise pas
- Toux irritative ou enrouement
- Modifications évidentes d'une verue ou d'un grain de beauté
- Troubles digestifs ou gêne à la déglutition



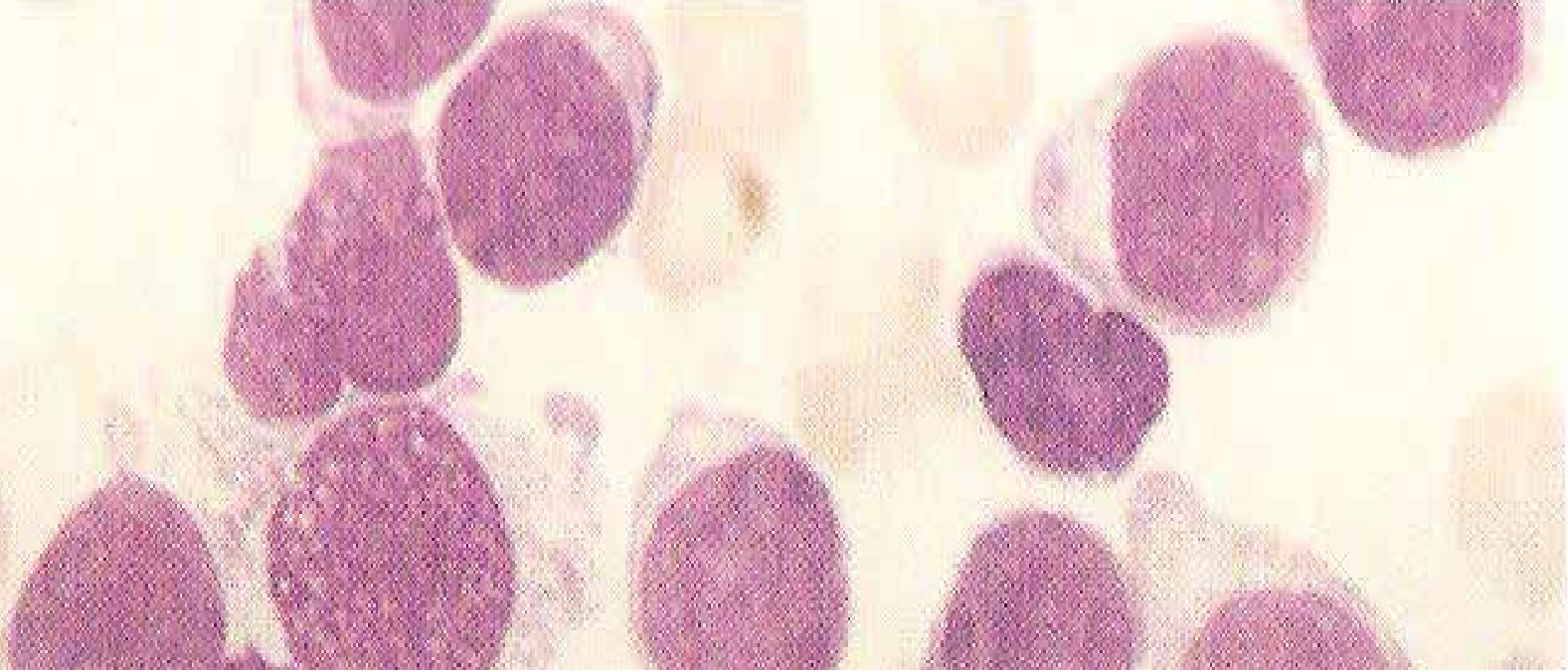
PRISE EN CHARGE DES CANCERS DE L'ENFANT

1984 - 1995

PREVALENCE DU CANCER

| TYPE DE CANCER | NOMBRE DE CAS(%) |
|---------------------|------------------|
| Lymphome de Burkitt | 25 (36,23) |
| Leucémies aigües | 16 (23,18) |
| Rétinoblastome | 13 (18,84) |
| Neuroblastome | 4 (4,79) |
| Rhabdomyosarcome | 3 (4,34) |
| Néphroblastome | 2 (2,89) |
| Autres | 6 (8,69) |
| Total | 69 (100) |



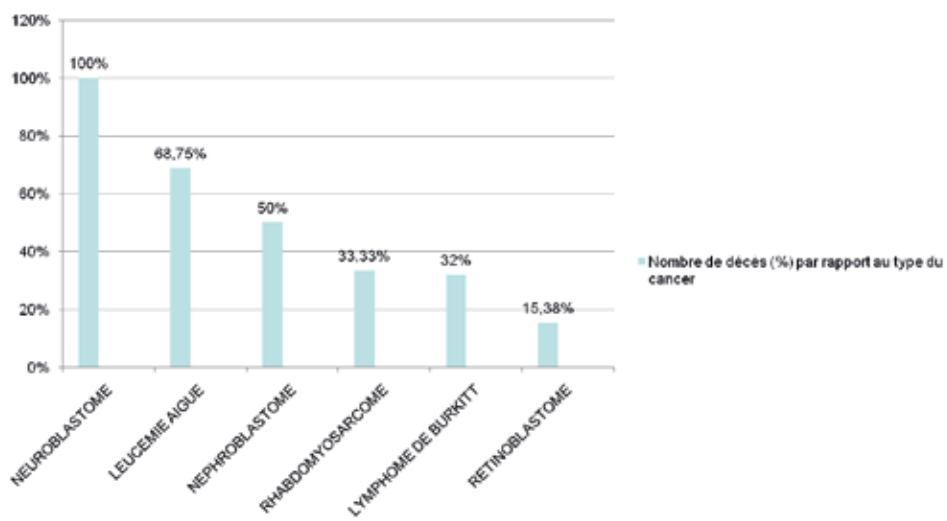


fibrosarcome



OSTEOSARCOME

TAUX DE MORTALITE SPECIFIQUE



COMMENTAIRES

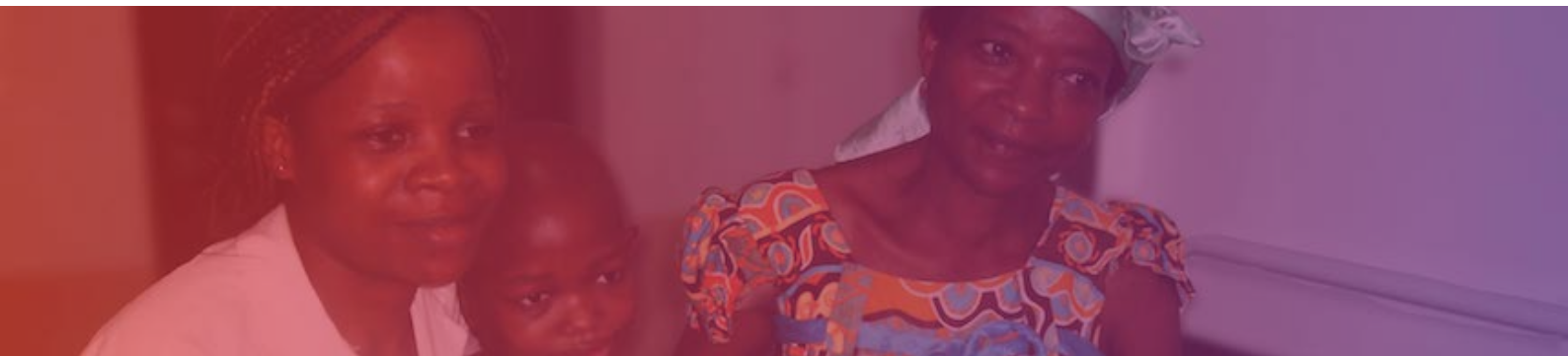
gfaop



«Guérir le cancer des enfants
en Afrique»

1. HISTORIQUE DU GFAOP

- **1998** : Congrès SIOF à Rabat (MAROC)
Profil épidémiologique des cancers de l'enfant en Afrique Sub-saharienne francophone : Résultats médiocres
(RC, Survie ↓↓ ; TX déperdition, décès ↑↓)
- **2000** : Pr Jean LEMERLE fondateur du GFAOP
(Les enfants africains atteints de cancer pouvaient être traités avec succès dans leur pays par des équipes africaines)
- GFAOP régie par la loi française du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901
- Le siège social: Villejuif, à Gustave-Rossy , 114, rue Edouard-Vaillant, 94800 Villejuif, FRANCE.
- Unités Pilotes (UP/Afrique) (2000 : 5; 2015: 20)
- 2016 : UP/KINSHASA
- Cancers pédiatr. historiques (70%) : Burkitt, Willms, LAL, Retinoblastome, L.Hodgkinien



2. DOMAINE D'ACTION

1. FORMATION DES MEDECINS
2. FORMATION DES INFIRMIERES
3. RECHERCHE CLINIQUE
4. L'ENVOI DES MEDICAMENTS
5. ACCOMPAGNEMENT DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE, SOUTIEN AUX FAMILLES



PRISE EN CHARGE DES CANCERS DE L'ENFANT

2015 - 2017

Répartition en fonction de l'âge et du Sexe

| Tumeur | Sexe | | Tranches d'âge (ans) | | | | TOTAL |
|------------------------------|-----------|-----------|----------------------|-----------|----------|----------|-----------|
| | M | F | 0-5 | 6-10 | 11-16 | >16 | |
| Leucémies | 5 | 8 | 3 | 5 | 5 | - | 13 |
| Lymphomes(Burkitt, LNH, LH) | 7 | 1 | 3 | 5 | - | - | 8 |
| Rétinoblastome | 11 | 9 | 20 | - | - | - | 20 |
| Néphroblastome | 5 | 8 | 10 | 3 | - | - | 13 |
| Rhabdomyosarcome | 2 | 1 | 2 | - | 1 | - | 3 |
| Tumeurs du SNC | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - | 2 |
| Hépatoblastome | 1 | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Tumeur osseuse | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 2 |
| Adénocarcinome ovarien | - | 1 | - | - | 1 | - | 1 |
| Tumeur mésoenchymateuse | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 |
| TOTAL | 34 | 30 | 40 | 15 | 9 | - | 64 |

Accessibilité au traitement

| CANCERS | Oui | | | | Non |
|------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | N | Pré-op | Post-op | Protocole | |
| Leucémies | 6 | - | - | GFAOP | 7 |
| Lymphomes | 8 | - | - | GFAOP | - |
| Rétinoblastome | 17 | 12 | 5 | GFAOP | 3 |
| Néphroblastome | 9 | 6 | 3 | GFAOP | 4 |
| Rhabdomyosarcome | 1 | 1 | - | SIOP | 2 |
| Tumeurs du SNC | 1 | - | - | AEIOP | 1 |
| Hépatoblastome | - | - | - | - | 1 |
| Tumeur osseuse | 1 | - | - | OS 2005 | 1 |
| Adénocarcinome ovarien | 1 | 1 | - | ? | - |
| T. mésoenchymateuse | - | - | - | - | 1 |
| TOTAL | 44 | 20 | 8 | | 20 |

Evolution

| Cancers | Perdu de vue | Décès | | | | | |
|---------------------|--------------|----------|----------|------------|-----------|---------------|-------------|
| | | Anémie | Métas. | Anesthésie | MAS | Effets chimio | Domicile(?) |
| Leucémies | 3 | 3 | | | | | |
| Lymphomes | 1 | | | | | | 1 |
| Rétinoblastome | 5 | | 3 | | 1 | 1 | |
| Néphroblastome | 1 | | | 1 | 1 | | |
| Rhabdomyosarcome | 1 | | | | | | |
| Tumeurs du SNC | - | | | | | | |
| Hépatoblastome | 1 | | | | | | |
| Tumeur osseuse | - | | | | | | |
| Adénocarc. ovarien | - | | | | | | |
| T. mésoenchymateuse | 1 | | | | | | |
| TOTAL | 13 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| | | | | | 11 | | |

Pathologie

| Pathologies | 2015 | 2016 |
|-------------------------|-----------|-----------|
| Rétinoblastome | 11 | 6 |
| LNH | 1 | 5 |
| LH | | 3 |
| TGM | | 1 |
| Leucémie | 5 | 3 |
| Néphroblastome | 8 | 5 |
| Rhabdomyosarcome | 2 | 5 |
| Neuroblastome | 1 | |
| Ostéosarcome | 1 | 3 |
| Mélanome | 1 | |
| Carcinome nasopharyngée | | 1 |
| Médulloblastome | | 1 |
| Angiosarcome | | 1 |
| Total | 31 | 34 |

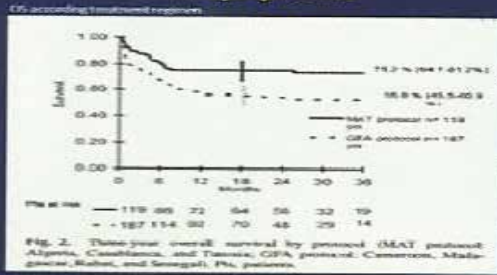
Evolution

| Pathologies | Rémission | abandon | décès | Pas de traitement | Chimio |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| Rétinoblastome | | 7 | 4 | 5 | 1 |
| LNH | | 4 | 1 | | 1 |
| LH | | | | 3 | |
| TGM | | | | | 1 |
| Leucémie | | | 7 | | 1 |
| Néphroblastome | 8 | 1 | 1 | 3 | |
| Rhabdomyosarcome | | 5 | 2 | | |
| Neuroblastome | | | 1 | | |
| Ostéosarcome | | 1 | 2 | 1 | |
| Mélanome | 1 | | | | |
| Carcinome nasopharyngée | | | 1 | | |
| Médulloblastome | | | | 1 | |
| Angiosarcome | | | | 1 | |
| TOTAL: 64 | 9 (14%) | 18(28%) | 19(30%) | 14 (22%) | 4 (6%) |



Lymphomes B

French-African Paediatric Oncology Group B-Cell Lymphoma



Maladie de Hodgkin

Hodgkin's disease French African Paediatric Oncology Group HD-GFAOP 2006-2012 study



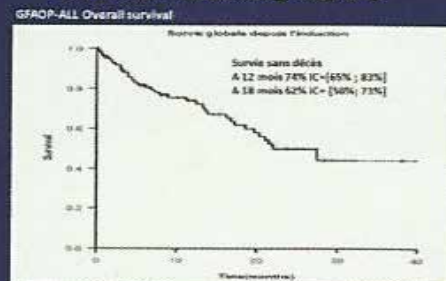
Rétinoblastome

Retinoblastoma program French African Paediatric Oncology Group Study Sub-Saharan Africa Preliminary results in Mali Retinoblastoma EFS logrank -p = 0.34



Leucémie aigüe lymphoïde

Acute lymphoblastic leukemia French African Paediatric Oncology Group Study GFAOP-ALL Overall survival



CONCLUSION

1. Le GFAOP, grâce à ses domaines d'action, accompagne au mieux chaque pays africain, dans le développement de son activité d'oncologie pédiatrique, afin d'être capable d'accueillir, et de soigner la plupart, voire tous les enfants atteints de cancer en Afrique.
2. Chaque pays africain dont la RDC membre du GFAOP devrait s'approprier et pérenniser l'action salvatrice du GFAOP grâce à : Implication du gouvernement: programme de lutte contre le cancer, gratuité des soins médicaux, achat des cytostatiques; Implication des ONG, fondations internationales dans la lutte contre le cancer (Ex: Lailla Salma au Maroc, Calissa Ikama à Brazzaville)



4ème intervention ; par le
docteur **Luc MAKABA**,
Directeur Médical du Centre
International de Diagnostic

Thème :
Technologies de dépistage et marqueurs
de diagnostic



BIOGRAPHIE

Le docteur MAKABA MA KHEDI Luc, a réalisé des études en RDC et à Genève en suisse.

Il est Docteur en médecine générale, chirurgie et accouchement.

Vice-président de l'ONG/ASBL HOBAD (Horizon Santé pour le Développement), il est Formateur et fondateur du club des universitaires des sciences de Médecine ROUVIERE, Formateur des pairs éducateurs des IST/SIDA.

Quelques publications à son actif, nous pouvons citer : Neuropathie diabétique et complications. Ancien Médecin Directeur et Responsable à l'Hôpital médecins de nuit, il est actuellement Directeur médical et Administratif au Centre International de diagnostic (CID).



1. DEFINITION DES CONCEPTS

- Un marqueur tumoral est une substance (protéine, hormone) présente naturellement dans l'organisme, qui en cas de dosage élevé, peut indiquer la présence d'un cancer.
- Mais il peut aussi être fabriqué par le corps lorsqu'une tumeur se développe, ou par les cellules cancéreuses elles-mêmes.
- Les marqueurs tumoraux peuvent être spécifiques à certains cancers, ou communs à différents cancers
- Important : le dosage de certains marqueurs tumoraux peut être élevé sans mise en évidence systématique d'une affection cancéreuse sous-jacente
- Les marqueurs tumoraux sont habituellement détectés dans :
 - le sang,
 - dans l'urine,
 - dans les tumeurs et autres tissus du corps

2. TYPES DE MARQUEURS TUMORAUX

a) Pourquoi on fait le dosage des marqueurs tumoraux?

I. faire le dépistage du cancer

- La plupart des marqueurs tumoraux ne servent pas au dépistage général. Certains peuvent être utiles chez les personnes ayant d'importants antécédents familiaux d'un cancer en particulier.
- On peut avoir recours au dosage de la PSA pour dépister un cancer de la prostate.

II. diagnostiquer un cancer

- établir le stade d'un cancer
Les marqueurs tumoraux peuvent aider à déterminer jusqu'où le cancer s'est propagé dans d'autres tissus ou organes.
- établir le pronostic de la personne.
Certains marqueurs tumoraux peuvent aider à déterminer le degré d'agressivité qu'un cancer risque d'avoir atteint.

III. diriger le traitement

Certains marqueurs tumoraux pourraient aider les médecins à prévoir à quels traitements le cancer est susceptible de réagir.

IV. Surveiller le traitement

V. Déterminer s'il ya récurrence dans le cancer

- Pour vérifier la réaction d'une personne au traitement du cancer;
- Pour savoir si le cancer est réapparu après le traitement (récurrence)



B) Marqueurs protéine onco-foetales

1) Alpha-foetoprotéine (AFP)

Le dosage sanguin de l'alpha-foetoprotéine (AFP) peut aider à diagnostiquer, et surveiller la réponse au traitement des différents cancers : cancer primitif du foie tel que le carcinome hépato-cellulaire, les tumeurs du testicules non séminomateuses (tumeurs du sac vitellin) .

2) Antigène carcion-embryonnaire (ACE):

Présent en petite quantité dans le plasma normal.

Augmente en cas de cancers digestifs, mammaires ou ovariens

Retrouvé aussi dans certaines maladies bénignes (cirrhose, IP, tabagisme)

C) Marqueurs antigènes associés aux tumeurs

1) Antigène tumoral 125 (CA 125)

Le dosage sanguin du CA 125 est prescrit pour le suivi des cancers de l'ovaire afin de vérifier la réponse au traitement et dépister une récurrence après le traitement. Il peut également être prescrit si une patiente présente des signes évoquant une autre affection cancéreuse. N'est pas spécifique

2) Antigène tumoral 15-3 (CA 15-3)

L'antigène CA 15-3 est un marqueur assez spécifique du cancer du sein. Son taux peut néanmoins être augmenté en présence d'autres cancers : cancers de l'ovaire, du foie et parfois du poumon. Le dosage sanguin du CA 15-3 est généralement réalisé pour vérifier l'efficacité thérapeutique du traitement du cancer du sein, ou dépister une récurrence après la mise en œuvre du traitement.

3) Antigène carbohydate 19-9 (CA 19-9)

Le dosage du CA 19-9 est indiqué pour évaluer la réaction au traitement d'un cancer du pancréas (au stade avancé), ou il s'est réapparu après le traitement indiquant ainsi une récurrence.

4) Antigène prostatique spécifique (PSA)

L'antigène prostatique spécifique (APS) est une protéine naturellement fabriquée par les cellules de la prostate. Un dosage sanguin permet de mesurer la quantité d'APS dans le sang. Il est utile au dépistage du cancer de la prostate en présence de facteurs de risques (âge, antécédents) ou de symptômes évocateurs.

Il s'élève aussi en cas de lésions prostatiques bénignes. Il présente également un intérêt pour évaluer l'efficacité du traitement et surveiller une éventuelle récurrence.

à noter que seulement 1 homme sur 4 dont le taux de PSA est anormal est atteint du cancer de la prostate

HORMONES

- Gonadotrophine chorionique humaine (HCG ou BHCG)

cette hormone est produite naturellement par le placenta lors de la grossesse. Elle est aussi fabriquée par certaines cellules cancéreuses. Le dosage de la gonadotrophine chorionique humaine (HCG) participe au diagnostic de certains cancers, notamment pour le cancer du testicule non-séminomateuse (choriocarcinomes), le cancer de l'ovaire (tumeur germinale), et un certain type de cancer de l'utérus. Il aide également à évaluer l'efficacité thérapeutique du traitement

- Thyrocalcitonie

Augmenté en cas de cancer médullaire de la thyroïde, mais aussi secrété ectopiquement en cas de cancers du poumon. Ce dernier type de cancer produit aussi de façon ectopique le ADH et l'ACTH.



3. Propriétés de marqueur tumoral idéal

Orientations :

- Permettre le dépistage, suivi et meilleur traitement
- Être sensible (proportion des malades porteurs avec valeur élevée) et spécifique (proportion de porteurs bien portant avec valeur normale du marqueur)
- Refléter la charge tumorale
- Prédire le pronostic
- Prédire la rechute

| CA-125 | CEA |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cancer de l'endomètre• Cancer du sein• Kystes fonctionnels de l'ovaire• Endométriose• Adénomyose• Léiomyomes utérins• Grossesse• Menstruation• Cirrhose hépatique• Ascite• Diverticulose• Épanchement pleural• Péritonite• Pancréatite• Insuffisance cardiaque• Insuffisance rénale• Status postopératoire | <ul style="list-style-type: none">• Cancer mammaire• Cancer pancréatique• Cancer de la thyroïde• Cancer pulmonaire• Tabagisme• Cholécyélite• Cirrhose hépatique• Diverticulite• Pancréatite• RCUH (rectocolite ulcéro-hémorragique)/maladie de Crohn• Cystadénome |

4. Le Dosage des marqueurs

- Comment se déroule le dosage des marqueurs tumoraux
- On fait habituellement le dosage des marqueurs tumoraux dans un laboratoire privé ou au laboratoire de l'hôpital. Aucune préparation spéciale n'est habituellement nécessaire.
- La plupart des marqueurs tumoraux sont mesurés par analyse sanguine.
- On envoie le prélèvement sanguin au laboratoire où on analyse le marqueur tumoral à l'aide d'un appareil particulier.

5. Les résultats

- Ce que signifient les résultats
- Le dosage d'un marqueur tumoral ne suffit pas à lui seul à dépister ou à diagnostiquer un cancer. Le taux d'un marqueur tumoral peut ou non être élevé en présence d'un cancer. Il est aussi normal que le taux soit bas mais détectable. L'interprétation des résultats du dosage des marqueurs tumoraux devrait être associée à :
 - un questionnaire approfondi sur les antécédents médicaux
 - un examen physique
 - d'autres analyses de laboratoire
 - des examens d'imagerie
- Lorsqu'on surveille le traitement, on pourrait comparer les résultats du dosage des marqueurs tumoraux aux résultats du dosage effectué avant le traitement.
- La **diminution** ou le retour à la normale d'un taux pourrait signifier que le cancer a bien réagi au traitement, en particulier s'il était élevé avant.
- La **hausse** d'un taux pourrait signifier que le cancer ne réagit pas au traitement, qu'il évolue ou qu'il a réapparu (récidive).



- La Chimiothérapie peut engendrer la destruction rapide des cellules cancéreuses qui libèrent alors une grande quantité d'un marqueur tumoral, engendrant ainsi la hausse du taux, qui est temporaire.
- Une légère élévation n'est pas nécessairement grave. Le médecin observe plutôt la tendance à la hausse au fil du temps.
- Ce qui se passe si on détecte un changement ou une anomalie
- Le médecin décide si des examens, des interventions, un suivi ou des traitements sont nécessaires.

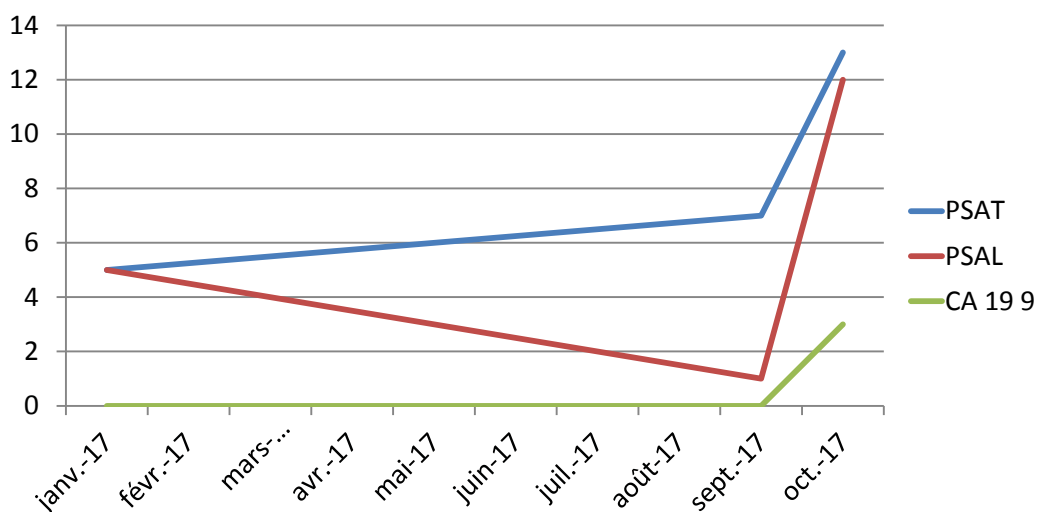
Le Centre International de Diagnostic et la technologie de laboratoire



Automate d'immunosérologie MINDRAY CL-2000i

Automate d'immunosérologie I CHROMA II

Statistiques CID - 2017



Le Centre International de Diagnostic et la technologie de l'imagerie médicale



La mammographie et le CR
Pour le dépistage du cancer du sein

La mammographie et le CR
Pour le dépistage du cancer du sein



Le scanner

- Un scanner permet dans certains cas de rechercher des anomalies que l'on repère moins bien avec d'autres techniques d'imagerie médicale : par exemple, rechercher ou mieux localiser une tumeur dans un organe.
- Lorsqu'une tumeur est présente, un scanner peut aider aussi à mieux se rendre compte de ses caractéristiques.
- Le médecin radiologue est qualifié pour choisir la meilleure technique adaptée à votre cas.
- Un scanner permet de contrôler l'efficacité de certains traitements et de surveiller l'évolution d'une anomalie
- En localisant bien les organes par rapport aux autres, il permet également de guider des prélèvements percutanés (biopsies, ponctions).



IRM

Imagerie par Résonance Magnétique

- Une IRM permet dans certains cas de rechercher des anomalies que l'on repère moins bien avec d'autres techniques d'imagerie médicale. Elle permet une meilleure localisation des organes.
- C'est une technique qui permet de mieux détecter des tumeurs,...
- Lorsqu'une tumeur est détectée, l'IRM permet aussi de mieux se rendre compte de ses caractéristiques et de contrôler l'efficacité de certains traitements.
- Certains examens sont réalisés après l'injection d'un produit de contraste
- Cette technique a aussi ses limites et certains organes ou certaines parties du corps sont moins bien visibles par cet examen : par exemple , une IRM est particulièrement performante pour explorer le cerveau, mais pas les poumons.

La conférence en images



CONTACTEZ NOUS

Votre contribution compte !
Aidez-nous à faire entendre la cause du cancer et
à étendre nos actions.

Siège social :

695, croisement des avenues des marais et Colonel Ebeya,
Galérie Cassiopée, local Fondation Bomoko.
Réf. : Hôtel de ville ; Restaurants la Fourchette et Fusion,
C/Gombe - KINSHASA -RDC

+243 811 688 660
www.fondationbomoko.org

**« NOTRE ŒUVRE EST UN PETIT PAS POUR LE MONDE
MAIS UN GRAND PAS POUR NOTRE PAYS »**

