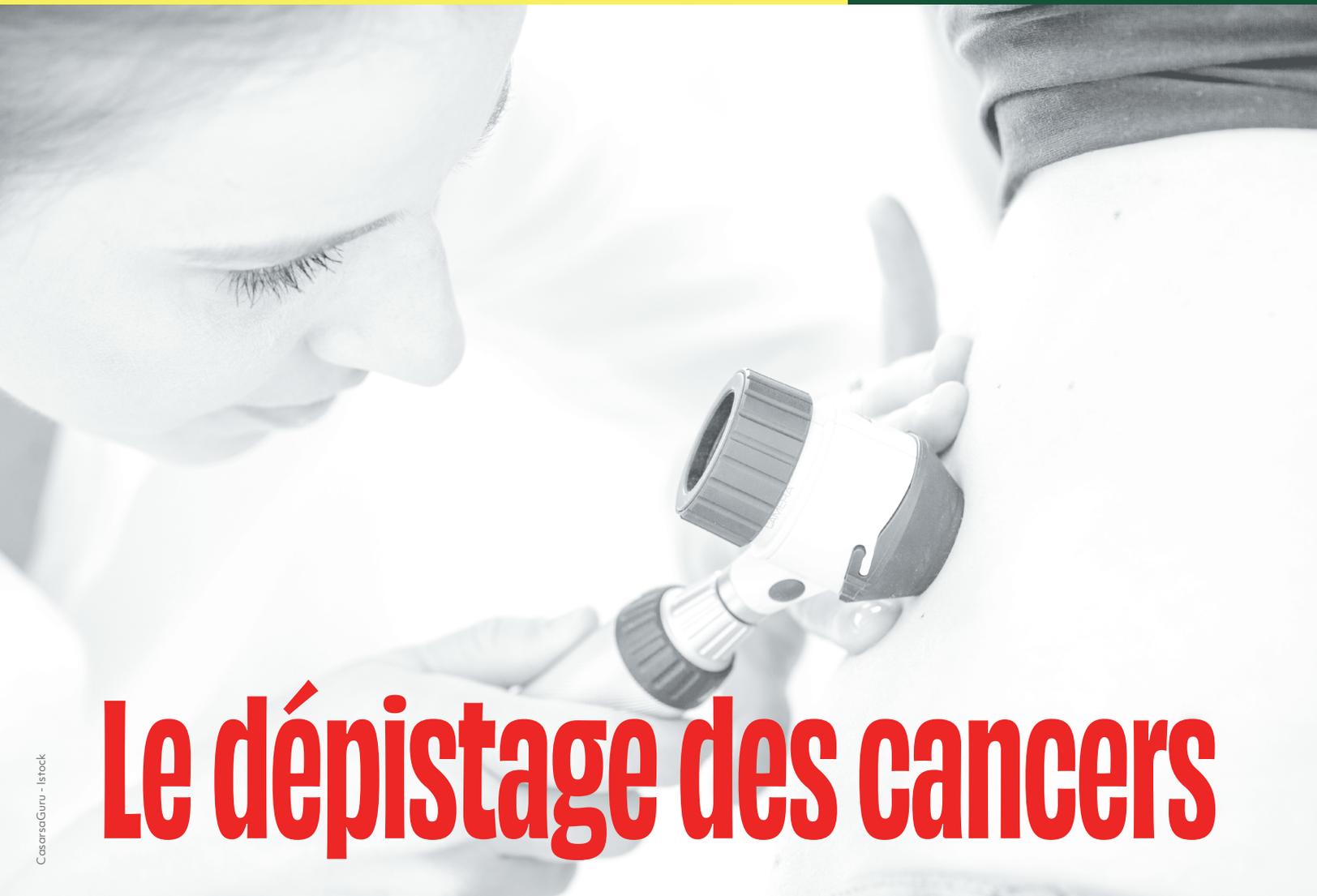


LE MONITEUR des pharmacies

Cahier 2 • n° 3390 du 6 novembre 2021

ne peut être vendu séparément

lemoniteurdespharmacies.fr



CosarsGuru - istock

Le dépistage des cancers

FORMATION

P. 2 DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Par Delphine Guilloux, avec la collaboration du Dr Corinne Balleyguier, radiologue, cheffe du service d'imagerie diagnostique de l'Institut Gustave-Roussy à Villejuif (Val-de-Marne)

P. 5 DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Par Pierre-Olivier Bétolaud, pharmacien

P. 8 DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Par Delphine Guilloux, avec la collaboration du Dr Clara Blanchard, médecin généraliste, cheffe de clinique universitaire à Poitiers (Vienne)

P. 10 DÉPISTAGE DES CANCERS DE LA PEAU

Par Pierre-Olivier Bétolaud, pharmacien

CONSEIL

P. 12 DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Par Pierre-Olivier Bétolaud, pharmacien

P. 14 DÉPISTAGE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Par Pierre-Olivier Bétolaud, pharmacien

P. 15 INTERVIEW

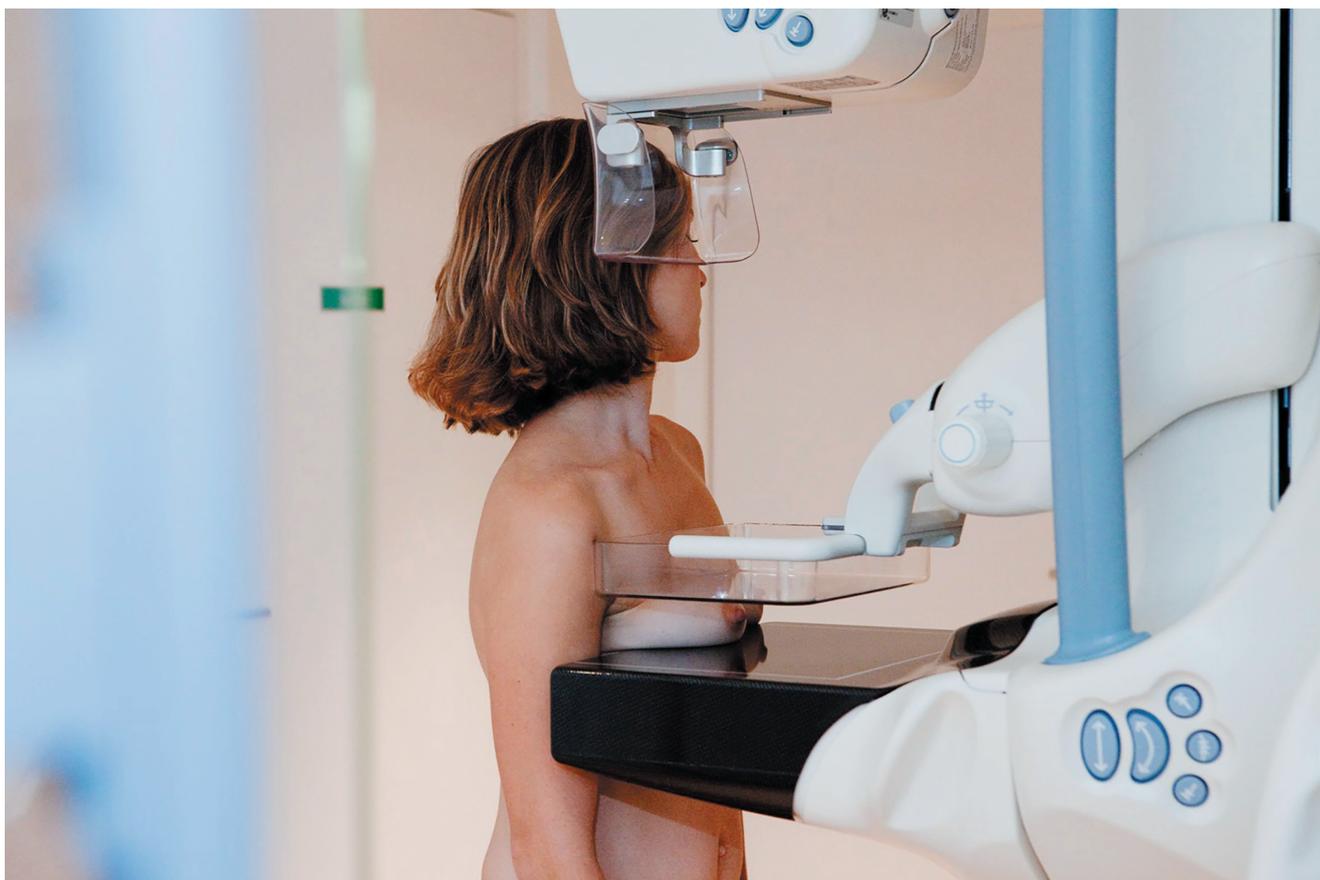
Dr Frédéric de Bels, responsable du département dépistage à l'Institut national du cancer (INCa)

P. 16 L'ESSENTIEL À RETENIR

Nous remercions le Dr Frédéric de Bels, responsable du département dépistage à l'INCa, pour son aimable relecture

Coordination : Alexandra Blanc et Nathalie Belin, pharmaciennes
Rédaction en chef : Laurent Lefort. Secrétariat de rédaction : Anthony Le Breton
Maquette : Floriane Watteau

« Je ne suis pas pressée de faire une mammographie. Ça fait mal, non ? »



RFBSIP - stock.adobe.com

Lors de la mammographie, l'écrasement du sein a pour but de donner à la glande mammaire une épaisseur aussi homogène que possible.

LES POINTS CLÉS

- Avec près de 58 500 nouveaux cas en France métropolitaine en 2018, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et le plus meurtrier (12 146 décès en 2018).
- Les âges médians sont de 63 ans au moment du diagnostic et de 74 ans au moment du décès.
- Chez l'homme, le cancer du sein est rare (1 % des cas environ), mais généralement de mauvais pronostic du fait d'un retard de diagnostic.

Signes d'alerte

Le cancer du sein est le plus souvent détecté à un stade asymptomatique. Lorsque la tumeur est importante, les

signes cliniques évocateurs sont l'apparition d'une masse généralement non douloureuse, dure, « fixée » dans le sein et aux contours irréguliers, la présence de ganglions durs au niveau de l'aisselle, un changement de taille ou de forme du sein ou des modifications d'aspect de la peau (peau d'orange, rétraction du mamelon, suintement, etc.).

Facteurs de risque

• Outre le sexe féminin et l'âge, les principaux facteurs de risque sont les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein ou d'autres cancers (endomètre, ovaire, etc.), une prédisposition génétique, des antécédents personnels de pathologies mammaires (hyperplasie) ou encore des

antécédents d'irradiation thoracique médicale à haute dose.

- De plus en plus d'études incriminent la consommation d'alcool et le tabagisme, ainsi que le surpoids ou l'obésité après la ménopause. Des facteurs hormonaux sont suspectés également, dont une longue exposition aux œstrogènes (âge à la puberté, celui de la première grossesse, ménopause tardive, allaitement, etc.).

- La pratique d'une activité physique régulière est associée à une diminution du risque de cancer du sein, avant et après la ménopause.

Classification en fonction du risque

- Les femmes de 50 à 74 ans sans facteurs de risque particuliers sont considérées comme « à risque moyen » : 60 % des nouveaux cas surviennent dans cette tranche d'âge.

- Les femmes considérées « à haut risque » nécessitant des modalités de dépistage spécifiques sont celles ayant soit des antécédents personnels de cancer du sein invasif ou d'hyperplasie canalaire ou lobulaire *in situ*, soit des antécédents d'irradiation thoracique médicale à haute dose, soit celles qui présentent certains antécédents familiaux de cancer du sein ou sont porteuses d'une mutation génétique, notamment BRCA 1 ou 2.

Modalités de dépistage

Pour toutes les femmes et dès l'âge de 25 ans, un examen clinique des seins (palpation), rapide et indolore, est recommandé annuellement quel que soit leur niveau de risque.

Dépistage organisé

- Les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans symptômes apparents ni autres facteurs de risque, sont éligibles au programme de dépistage organisé du cancer du sein. Elles reçoivent tous les deux ans une invitation par courrier leur proposant la réalisation par un radiologue agréé d'un examen clinique mammaire et d'une mammographie, éventuellement complétée d'une échographie (en cas de densité mammaire élevée, par exemple). La mammographie est entièrement prise en charge par l'Assurance maladie.

- La mammographie bilatérale, comportant deux clichés par sein (face et oblique), est réalisée par un radiologue agréé et indépendant. Si la première lecture ne révèle pas d'anomalie ou uniquement des lésions classées comme bénignes, une deuxième lecture est systématiquement réalisée par un autre radiologue agréé afin de limiter le risque de faux négatif. En cas d'image suspecte ou évocatrice d'un cancer, un bilan diagnostique est immédiatement effectué : échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), biopsie, etc.

- Le port d'une prothèse mammaire doit être signalé au radiologue afin de limiter la compression du sein.

Dépistage individuel

En parallèle du dépistage organisé, un dépistage individuel sur prescription d'un professionnel de santé est possible. Environ 10 % des femmes âgées de 50 à 74 ans se font dépister ainsi dans le cadre d'une démarche individuelle. La principale différence avec le dépistage organisé est l'absence de double lecture des clichés.

Dépistage des femmes à haut risque

Un suivi personnalisé est mis en place pour les femmes à haut risque. Celles ayant une suspicion ou un diagnostic de prédisposition génétique sont orientées vers une consultation d'oncogénétique.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN PRATIQUE

Appareils

- Les appareils de mammographies se composent d'un système de compression du sein constitué de deux plaques et d'un générateur de rayons X de faible énergie. La compression du sein a plusieurs objectifs : limiter les mouvements, rendre les détails plus visibles grâce à la séparation des différentes structures et diminuer les radiations. La compression des seins est généralement plus désagréable que douloureuse, mais il peut être conseillé aux femmes non ménopausées de réaliser cet examen dans les dix premiers jours du cycle menstruel durant lesquels les seins sont généralement moins sensibles.

- Depuis 2019, seules les mammographies numériques, qui ont remplacé les mammographies analogiques, sont autorisées pour le dépistage organisé. Les appareils doivent être contrôlés tous les 6 mois par des organismes agréés.

- Certains radiologues sont équipés d'appareils de mammographie par tomosynthèse. Cette technique permet, à partir d'images du sein sous différentes coupes, d'obtenir une image numérique reconstituée en trois dimensions grâce à un algorithme mathématique. L'exposition aux rayons X étant plus importante, l'intérêt de l'utilisation de cette technique dans le cadre du dépistage organisé est en cours d'évaluation.

Déroulé de l'examen

- Une mammographie de dépistage dure entre 10 et 20 minutes. Le jour de la mammographie, il est recommandé de

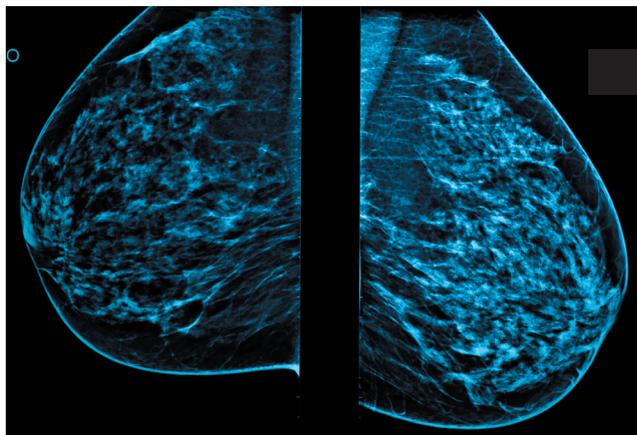
>>>

CAMPAGNE DE PROMOTION DU DÉPISTAGE : OCTOBRE ROSE

La campagne annuelle de communication et de sensibilisation au dépistage du cancer du sein organisée par l'association Ruban rose (cancerdusein.org) se déroule en octobre. L'occasion pour les différents acteurs (associations, professionnels de santé, laboratoires, etc.) de sensibiliser et d'informer à la fois sur le cancer du sein et son dépistage.



Solih Deniz - Istock



Clichés de mammographie.

>>> n'appliquer aucun produit sur les seins et les aisselles (déodorant, poudre, crème, parfum, etc.) susceptibles de gêner l'interprétation des résultats.

- La patiente est invitée à se dévêtir jusqu'à la taille ; le sein est posé sur la plaque du mammographe puis « aplati » par la deuxième plaque. La réalisation du cliché nécessite de ne pas bouger ni respirer. La compression se relâche ensuite et un deuxième cliché est réalisé après pivotement de l'appareil à 45°. Une fois la mammographie pratiquée, le radiologue vérifie l'aspect des seins et palpe également les aisselles, avant d'analyser les clichés.

Résultats

- Les images sont interprétées selon la classification BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System) de l'American College of Radiology (ACR).
- Dans le cadre du dépistage organisé, un délai de 15 jours environ permettant la réalisation de la seconde lecture est nécessaire avant l'obtention des résultats finaux.

LES BÉNÉFICES ET RISQUES DU DÉPISTAGE ORGANISÉ

Bénéfices

Le dépistage organisé permet de repérer les lésions précocement, ce qui présente le double avantage d'augmenter les chances de guérison et de pouvoir administrer des traitements moins « agressifs » et avec moins d'effets indésirables.

Risques

- Selon les analyses de données réalisées par l'Institut national du cancer (INCa), dans la tranche d'âge et pour la population ciblées par le dépistage organisé, le risque de cancers radio-induits liés aux mammographies est estimé à 1 à 10 cas pour 100 000 femmes ayant réalisé une mammographie tous les deux ans pendant dix ans.
- Le dépistage organisé, comme tout dépistage, expose également à un risque de « surdiagnostic » et parfois de « surtraitement » (avec des répercussions psychologiques et physiques liées aux effets indésirables des traitements ou à l'ablation d'un sein). Le surdiagnostic correspond à un diagnostic de cancer bien réel, mais dont l'évolution n'aurait pas eu de retentissements du vivant de la personne. Le risque de surdiagnostic serait de l'ordre de 1 à 10 %, voire 20 % selon l'INCa.
- Par ailleurs, un cancer dit « cancer de l'intervalle » peut se développer entre deux examens de dépistage. Rare, il incite dans tous les cas à alerter sur les symptômes évocateurs qui doivent amener à consulter.

Bilan

Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 où elle a atteint un pic à 52,4 %, la participation au dépistage organisé du cancer du sein tend à stagner, voire à diminuer lentement. S'y ajoute le taux de 10 % des femmes participant à un dépistage individuel. Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %, ce qui permettrait une réduction de la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 15 à 21 %. ■

Résultats de la mammographie selon la classification BI-RADS

Les images mammographiques sont classées en 6 catégories

ACR 0	Classification dite d'attente qui nécessite des investigations supplémentaires.
ACR 1	Mammographie normale, seconde lecture.
ACR 2	Anomalie(s) bénigne(s) ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire, seconde lecture.
ACR 3	Anomalie(s) probablement bénigne(s), surveillance à court terme conseillée, pas de seconde lecture mais entrée dans une procédure de suivi spécifique : 2 mammographies espacées de 6 mois.
ACR 4	Anomalie(s) indéterminée(s) ou suspecte(s), pas de seconde lecture mais nécessité d'une procédure diagnostique incluant une biopsie.
ACR 5	Anomalie(s) évocatrice(s) d'un cancer, pas de seconde lecture mais entrée dans une procédure diagnostique.

« Je suis vaccinée contre le HPV, ai-je besoin de me faire dépister ? »

LES POINTS CLÉS

- En France, le cancer du col de l'utérus est le 12^e cancer le plus fréquent chez la femme.
- Détecté en moyenne vers 53 ans, il affecte 3 000 patientes chaque année.
- Cette maladie est responsable d'environ 1 100 décès par an. Le taux de survie à 5 ans est estimé à 63 % et tend à diminuer avec l'âge. Il s'agit du seul cancer dont le pronostic se dégrade (le taux de survie à cinq ans était de 68 % dans les années 1990).

Etiologie

- La principale cause du cancer du col de l'utérus est une infection persistante au niveau du col par les virus de la famille des papillomavirus humains (HPV). Sur près de 200 HPV connus, 14 sont identifiés comme cancérigènes (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68). Les HPV 16 et 18 sont à l'origine de 70 % des cancers et des lésions précancéreuses.
- Ils sont transmis par voie sexuelle. 80 % de la population sera contaminée au cours de sa vie. Dans 90 % des cas, l'infection disparaît spontanément, mais si elle persiste, elle peut entraîner une modification de la muqueuse en lésions précancéreuses. Ces dernières peuvent évoluer en cancer en 10 à 20 ans.

Signes d'alerte

À un stade précoce, un cancer du col de l'utérus est le plus souvent asymptomatique. Lorsque des symptômes se manifestent, il s'agit de saignements après les rapports sexuels ou en dehors des périodes de règles, de douleurs pendant les rapports sexuels, de pertes blanches, de douleurs dans la zone pelvienne ou au niveau lombaire, une gêne pour uriner. Ces symptômes ne sont pas spécifiques, mais doivent être signalés au médecin.

LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE

- Le dépistage repose sur la réalisation d'un prélèvement au niveau du col de l'utérus sur lequel est réalisé un examen

LA VACCINATION CONTRE LE HPV

Complémentaire au dépistage, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande à titre préventif de vacciner contre le HPV les filles et les garçons dès 11 ans et jusqu'à 14 ans, et en rattrapage de 15 à 19 ans.

Administrée avant le début de leur vie sexuelle, la vaccination assure une protection de l'ordre de 90 % contre les HPV ciblés.

La vaccination est réalisée avec le vaccin Gardasil 9 efficace contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, selon un schéma à 2 doses espacées de 6 à 13 mois pour les adolescents de 11 à 14 ans, et à 3 doses (0, 2 et 6 mois) pour les 15-19 ans.

Le vaccin Cervarix, bivalent, est désormais réservé aux filles pour compléter un schéma vaccinal initié avec ce vaccin.

cytologique destiné à détecter des cellules anormales ou un test HPV-HR à la recherche de virus HPV à haut risque.

- Un programme national de dépistage a été lancé en janvier 2019. Il cible les 25 à 65 ans incluant les femmes enceintes, ménopausées et vaccinées. Environ 17 millions de femmes sont concernées.

- La balance bénéfique/risque d'un dépistage est considérée comme défavorable :

- avant 25 ans, car le risque de surdiagnostic entraînerait des traitements inutiles.

- après 65 ans, car le risque de développer un cancer du col utérin est moindre.

En pratique

Le frottis du col utérin ou frottis cervical

- L'acte de dépistage peut être réalisé par un généraliste ou un gynécologue, une sage-femme, dans un centre de santé

CAMPAGNES DE PRÉVENTION EN JANVIER ET EN MARS

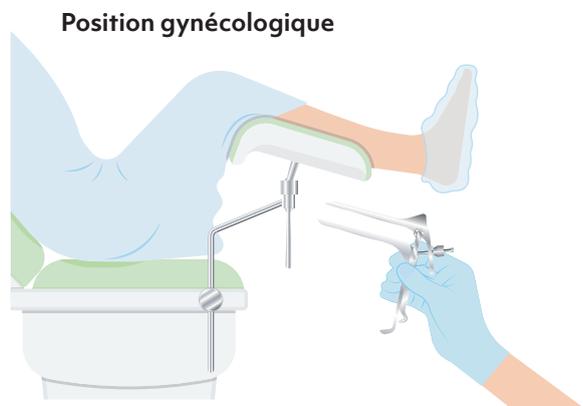
Chaque année, en janvier à l'occasion de la semaine européenne de prévention des cancers du col de l'utérus, l'INCa informe les femmes et les professionnels de santé

de l'importance de ce dépistage. Par ailleurs, la Journée mondiale de sensibilisation aux papillomavirus humains (HPV), initiée par l'International Papillomavirus Society

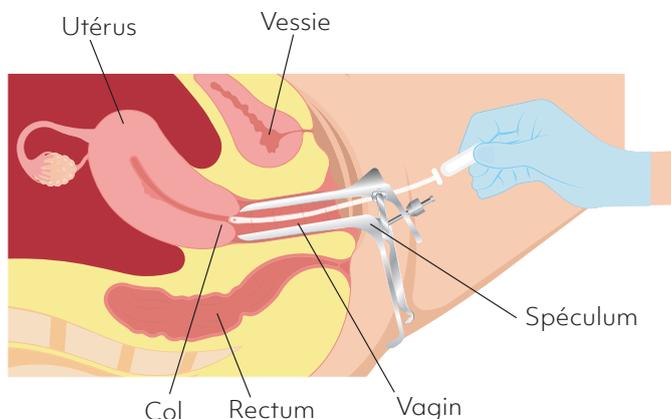
(IPVS), a lieu le 4 mars. Elle a été créée en 2018. L'objectif est de sensibiliser les femmes et les hommes aux risques liés aux HPV et de promouvoir les mesures préventives.

>>>

>>> Frottis cervical



Prélèvement de cellules du col de l'utérus par grattage de la muqueuse



de l'Assurance maladie, un centre mutualiste, un centre de planification et d'éducation familiale ou à l'hôpital, dans un laboratoire de biologie médicale.

- Durant cet examen, la patiente se place en position gynécologique.
- Le professionnel de santé introduit un spéculum dans le vagin afin de prélever superficiellement des cellules du col utérin à l'aide d'une petite brosse.
- Sans douleur mais avec une gêne possible, le prélèvement ne dure que quelques minutes.
- Il est ensuite envoyé par le professionnel ou la patiente dans un laboratoire d'anatomopathologie ou de biologie médicale afin d'être analysé.

L'examen cytologique

Cette analyse au microscope permet d'identifier des lésions anormales ou potentiellement précancéreuses. La sensibilité de cet examen est de l'ordre de 51 à 53 % et sa spécificité de 96 à 98 %.

Le test HPV-HR

Ce test de biologie moléculaire permet d'identifier des génotypes d'HPV considérés à haut risque à partir des cellules prélevées. Il présente une meilleure sensibilité pour la détection des lésions précancéreuses que l'examen cytologique. En cas de test positif, une cytologie de triage est effectuée.

Recommandations

- La technique et la fréquence recommandées de dépistage varient selon l'âge de la patiente.
- **Entre 25 et 29 ans**, deux premiers examens cytologiques sont à réaliser à 1 an d'intervalle. En cas de résultat négatif, l'examen suivant est effectué 3 ans plus tard.
- **À partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans**, un test HPV-HR est préconisé tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique normal ou dès 30 ans en l'absence de dépistage antérieur.
- Plus efficace, le test HPV-HR n'est pas recommandé avant

30 ans, car les infections à HPV transitoires sont plus fréquentes dans cette population. La répétition des analyses ou des traitements pourrait entraîner un risque de complications obstétricales lors de future grossesse.

- En cas de résultat positif et selon le profil de la patiente, le médecin prescrit des examens complémentaires adaptés. La confirmation du diagnostic s'effectue par colposcopie : examen du vagin et du col de l'utérus qui permet au gynécologue de visualiser à l'aide d'un colorant et d'une loupe binoculaire les zones suspectes et, le cas échéant, de pratiquer une biopsie.
- Les résultats sont transmis au centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), chargé de la mise en œuvre, des invitations et de l'évaluation du dépistage des cancers.

Invitation au dépistage

Un courrier est envoyé par le CRCDC aux femmes n'ayant pas réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les intervalles recommandés, pour les inviter au dépistage. Sur présentation de ce courrier, les dépistages par examen cytologique ou test HPV sont remboursés à 100 % par l'Assurance maladie. La consultation avec le professionnel de santé est prise en charge dans les conditions habituelles.

Bilan

- Chaque année, 200 000 tests de dépistage positifs sont répertoriés et 32 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses diagnostiquées.
- Sur la période 2016-2018, le taux de couverture du dépistage était de l'ordre de 60 %.
- L'objectif du programme est d'atteindre 80 % de patientes cibles dépistées. Selon l'Institut national du cancer (INCa), 9 cancers du col de l'utérus sur 10 pourraient être ainsi évités. ■

« Je n'ai aucun symptôme... et puis, franchement, ce prélèvement de selle, c'est dégoûtant ! »

LES POINTS CLÉS

En 2018, on comptait environ 43 300 nouveaux cas de cancer colorectal et 17 100 décès en France. Chez l'homme, c'est le 3^e cancer le plus fréquent après ceux de la prostate et du poumon et le 2^e cancer le plus meurtrier après le cancer du poumon. Chez la femme, c'est le 2^e cancer le plus fréquent après le cancer du sein et le 3^e cancer le plus meurtrier après les cancers du sein et du poumon.

Les âges médians, respectivement aux moments du diagnostic et du décès, sont de 71 ans et 77 ans chez l'homme et de 73 ans et 81 ans chez la femme.

Signes d'alerte

Le cancer colorectal est longtemps asymptomatique. Lorsqu'il est évolué, les signes cliniques évocateurs peuvent être la visualisation de sang dans les selles, la survenue ou l'aggravation de troubles digestifs (constipation, diarrhées ou l'alternance des deux), une envie constante et pressante d'aller à la selle, la présence d'une masse à la palpation de l'abdomen, une fatigue inexplicable et une perte de poids.

Facteurs de risque

- Les principaux facteurs de risque sont l'âge (plus de 50 ans), les antécédents personnels de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici) et les antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal (au 1^{er} degré) ou de maladies génétiques, telles que la polypose adénomateuse familiale et le syndrome de Lynch. Cependant, 80 % des cancers colorectaux sont sporadiques, c'est-à-dire qu'ils surviennent sans qu'aucun facteur de risque héréditaire n'ait été identifié.
- Par ailleurs, la consommation d'alcool, de tabac, de viandes

rouges (plus de 300 à 500 g par semaine hors volaille, selon les études) et de charcuterie (plus de 150 g par semaine), ainsi qu'un indice de masse corporelle élevée sont identifiés comme facteurs de risque. À l'inverse, la consommation de produits laitiers et d'aliments d'origine végétale et riches en fibres est associée à une diminution du risque de cancer colorectal. Il en est de même, dans le cancer du côlon notamment, pour la pratique d'une activité physique.

Classification en fonction du risque

Les personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans sans antécédents personnels ou familiaux particuliers ni symptômes évocateurs sont considérées comme « à risque modéré ». 80 % des cancers colorectaux surviennent dans cette tranche de la population.

Modalités de dépistage

Dépistage organisé

- Les personnes âgées de 50 à 74 ans « à risque modéré » sont éligibles au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Tous les deux ans, un courrier du centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCC) invite les personnes de cette tranche d'âge à consulter leur médecin qui leur fournira un test immunologique de recherche de sang dans les selles, après évaluation de leur niveau de risque. Les personnes ne l'ayant pas reçu peuvent directement s'adresser à leur médecin. Le kit est également envoyé, après deux courriers de relance, au domicile des patients ayant participé à l'une des trois dernières campagnes de dépistage organisé. Le test est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, tout comme son interprétation. La consultation chez le médecin traitant est remboursée selon les conditions habituelles.

- Les personnes pour qui le test n'est pas approprié (antécédents familiaux, symptômes cliniques suspects, etc.) sortent du dépistage organisé et sont orientées vers un gastroentérologue pour un dépistage individuel. Il en est de même en cas d'affections pouvant fausser les résultats, par exemple la maladie hémorroïdaire.

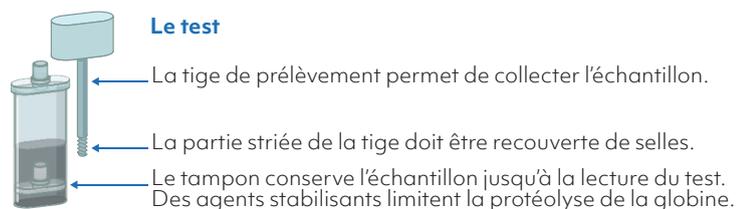
Dépistage individuel des personnes à risque élevé et très élevé

Ces hommes et femmes font l'objet de modalités de dépistage adaptées (avec coloscopies régulières) et d'un suivi mené par un gastroentérologue. Chez les personnes à risque très élevé, le patient est également orienté vers une consultation d'oncogénétique.

CAMPAGNE DE PROMOTION DU DÉPISTAGE : MARS BLEU

La campagne nationale de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal, lancée par l'Institut national du cancer (INCa), se tient chaque année au mois de mars et donne lieu à diverses manifestations : exposition, stand de sensibilisation, diffusion de documents, etc.

Mode d'emploi du test de dépistage du cancer colorectal



Les résultats sont transmis par courrier au patient et avec copie au médecin sous 15 jours. Le patient peut consulter ses résultats sur le site resultat-depistage.fr.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN PRATIQUE

Principe

Le test immunologique détecte la présence d'hémoglobine humaine grâce à des anticorps spécifiques : l'hémoglobine animale présente dans les viandes n'interfère donc pas avec le test et la méthode est également sélective d'un saignement colorectal (l'hémoglobine digérée provenant d'un saignement œsogastrique n'est pas détectée).

Mode d'utilisation du kit

Le kit contient un mode d'emploi, une fiche d'identification sur laquelle coller son étiquette d'invitation, à apposer également sur le tube, le papier de recueil des selles, le tube et la tige de prélèvement et une enveloppe retour. Avant utilisation, sa conservation s'effectue entre + 2 et + 30 °C jusqu'à la date de péremption inscrite sur le tube.

Chez les femmes, il est recommandé d'éviter les périodes de menstruations pour pratiquer le recueil.

Interprétation des résultats

- Si le résultat est négatif, le patient sera invité à réaliser un nouveau test 2 ans plus tard, en l'absence de survenue de symptômes évocateurs. Le risque de faux négatif est estimé à 0,15 % des cas et est de 2 à 4 % pour les faux positifs.
- Si le résultat est positif (environ 4,5 % des tests), le patient est orienté vers un gastroentérologue par son médecin traitant afin de planifier une coloscopie qui permettra de visualiser

et d'enlever les éventuels polypes. Sur 10 résultats positifs, 3 patients n'auront finalement pas d'anomalie, 5 se verront détecter et retirer des lésions précancéreuses bénignes, moins d'un patient présente un cancer dépisté à un stade précoce et guérissable sans chimiothérapie ni radiothérapie et moins d'1 à un cancer à un stade avancé.

- Si le résultat est « test non analysable », le patient doit le refaire, un nouveau kit lui étant automatiquement envoyé.

Bénéfices et limites

- Détecté à un stade précoce, le cancer colorectal peut être guéri dans 9 cas sur 10. Le dépistage organisé vise cet objectif en permettant de détecter des lésions potentiellement précancéreuses (polypes).
- Ses limites sont liées au taux de participation qui reste insuffisant. Sur la période 2018-2019, il était estimé à 30,5 % de la population cible et à 28,9 % en 2019-2020, ce qui est très en dessous des recommandations européennes (atteindre au moins 45 % de participation et idéalement 65 %). Il est considéré en effet qu'un taux de participation de 30 % permet d'éviter 2 200 nouveaux cas de cancers colorectaux par an, un taux de 45 % d'en éviter 3 500 et de 65 %, 5 700. La possibilité de retirer un kit chez un pharmacien est actuellement à l'étude et devrait être déployée au premier semestre 2022. Des expérimentations concernant l'envoi des kits directement au domicile du patient vont être lancées pour essayer d'augmenter encore la participation au dépistage.
- Si l'adhésion au dépistage organisé est insuffisante, celle relative au suivi des patients à risque élevé de cancer colorectal est encore plus précaire. En cause, un manque d'information, une gêne à l'égard de ce cancer (qui touche à l'intimité de par sa localisation) ou encore la peur des résultats, les contraintes de préparation à la coloscopie... Le rôle de conseil et d'information du pharmacien dans ce cadre est nécessaire. ■



« Comment puis-je contrôler mes grains de beauté ? »

LES POINTS CLÉS

Les différents cancers

- En France, 80 000 à 100 000 cancers cutanés sont dénombrés chaque année.
- **Les carcinomes** sont les cancers les plus fréquents. Les carcinomes basocellulaires et les carcinomes épidermoïdes, représentant respectivement 70 % et 20 % des cancers cutanés, sont les formes les plus observées.
- Ils affectent aussi bien les hommes que les femmes.
- Les carcinomes basocellulaires apparaissent en moyenne à partir de 50 ans et n'induisent pas de métastases.
- L'âge d'apparition des carcinomes épidermoïdes se situe vers 60-65 ans. Ces tumeurs peuvent métastaser.
- **Les mélanomes** représentent 10 % des cancers cutanés. Ils touchent principalement les hommes entre 50 et 64 ans et les femmes entre 15 et 64 ans et présentent un potentiel métastatique très élevé. En 2018, 15 500 nouveaux cas ont été diagnostiqués et 1 980 décès dénombrés en France.

Signes d'alerte

Une plaie qui ne cicatrise pas, un bouton ou une croûte qui persiste ou se modifie doivent conduire à demander un avis médical. De même, l'apparition d'une petite tache pigmentée sur une peau saine ou la modification d'un grain de beauté préexistant doivent alerter.

• Les facteurs de risque

Le risque de développer un cancer cutané est majoré par différents facteurs :

- plus de 40 grains de beauté ou des grains de beauté larges (+ de 5 mm) et irréguliers ;

CAMPAGNE DE PROMOTION DU DÉPISTAGE EN MAI

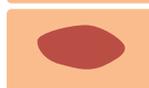
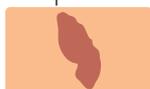
Chaque année, en mai, le Syndicat national des dermatologues-vénérologues organise une semaine de prévention et de dépistage des cancers de la peau. Des lieux de dépistage sont mobilisés pour réaliser gratuitement un examen de la peau de la population.

Signes d'alerte d'un mélanome : la règle ABCDE

Bénin



Suspect



A comme asymétrie

Forme ni ronde ni ovale, couleurs et reliefs répartis de façon irrégulière autour du centre.

B comme bords irréguliers

Bords dentelés, mal délimités.

C comme couleur non homogène

Présence désordonnée de plusieurs couleurs.

D comme diamètre

Diamètre en augmentation et/ou supérieur à 6 mm.

E comme évolution

Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.

+ Principe du « vilain petit canard »

Grain de beauté ou tache qui se démarque des autres.

- antécédents personnels ou familiaux ou personnels de cancer cutané ;
- phototype cutané de type I : plusieurs taches de rousseur sur le corps, peau claire sensible aux coups de soleil sans bronzer ;
- exposition régulière au soleil : travail et activité sportive en extérieur, coups de soleil pendant l'enfance ou exposition aux UV artificiels (cabine de bronzage) ;
- apparition ou évolution rapide d'une tache cutanée ;
- immunodépression.

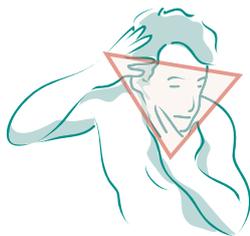
LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE

Le dépistage des cancers de la peau est individuel. Il n'existe pas de campagne de dépistage organisé.

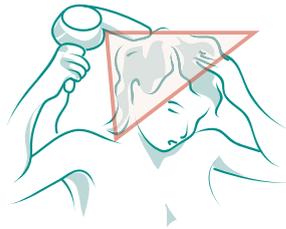
Autoexamen de la peau

Une observation en 8 étapes

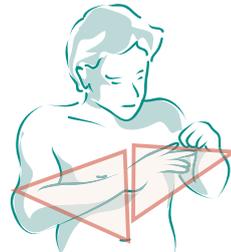
L'autoexamen doit être effectué régulièrement pour se familiariser avec sa peau et pouvoir détecter tout changement (environ 2 fois par an et tous les 3 mois pour les personnes le plus à risque). Il ne remplace pas un examen médical, mais le complète. L'examen prend environ 15 minutes. Il constitue un outil important dans le suivi des patients à risque (peau claire, grains de beauté ≥ 40 , antécédents de mélanome, forte exposition solaire dans l'enfance, etc.).



Le visage et les oreilles



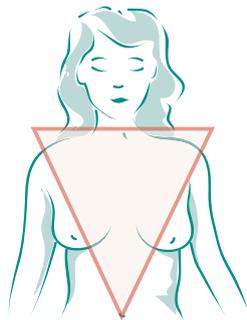
Le cuir chevelu



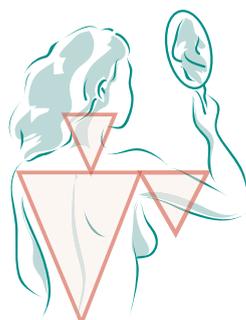
La paume et le dos des mains, les ongles et les avant-bras



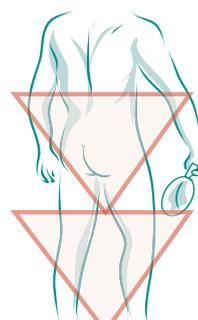
Les coudes, les bras, les aisselles



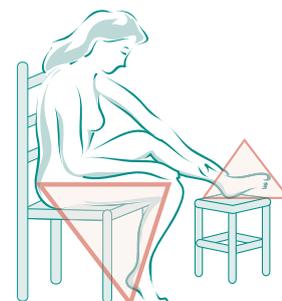
Le cou, la poitrine (en regardant sous les seins pour les femmes) et le ventre



La nuque, les épaules et le dos (à l'aide de miroirs)



Les fesses et la face postérieure des cuisses (à l'aide de miroirs)



La face antérieure des cuisses, les jambes, le dos et la plante des pieds, les ongles et la région génitale

Conseils :

- Ne pas hésiter à faire appel à un proche pour les zones difficiles à visualiser.
- En cas de doute ou chez les patients ayant de multiples grains de beauté sur le corps, prendre régulièrement des photos afin de faciliter le suivi.
- Ne pas oublier les cheveux et les ongles lors de l'analyse.

Intérêt du dépistage

- Le dépistage précoce d'un cancer cutané permet une prise en charge moins lourde et plus efficace.
- Le traitement standard est chirurgical. Détectée rapidement, une simple excision permet le plus souvent de traiter la tumeur. Une prise en charge tardive entraîne le risque d'une intervention plus importante et de lésions esthétiques ou fonctionnelles.

Déroulé de l'examen

- En cas de lésion cutanée douteuse ou en présence de facteurs de risque, le patient est invité à consulter son médecin traitant. Si nécessaire, il sera dirigé vers un dermatologue. Celui-ci réalise une analyse visuelle de l'intégralité de la

surface de la peau du patient à la recherche d'anomalies. Il peut s'aider d'un dermatoscope, outil constitué d'une lentille qui permet d'agrandir la tache suspecte et de la caractériser.

- En cas de doute lors de l'examen et selon les facteurs de risque associés, le médecin propose soit une surveillance régulière de la tache suspecte, soit une exérèse diagnostic (intervention chirurgicale rapide généralement pratiquée au cabinet du dermatologue sous anesthésie locale).

Fréquence de contrôle

- La fréquence de la surveillance est évaluée avec le médecin. Pour les personnes à risque, il est généralement recommandé :
- d'effectuer un autoexamen de la peau par trimestre ;
 - de consulter un dermatologue 1 fois par an. ■

« Faut-il vraiment se faire dépister du cancer de la prostate ? »

LES POINTS CLÉS

En 2018, le cancer de la prostate était le 1^{er} cancer chez les hommes avec 50 400 nouveaux cas détectés. Il était responsable de 8 100 décès.

L'âge moyen du diagnostic est de 68 ans et le taux de survie à 5 ans estimé entre 2010 et 2015 à 93 %.

Facteurs de risque

Les facteurs de risque sont l'âge (plus de 50 ans), les antécédents familiaux et l'origine ethnique (afro-antillaise).

Signes d'alerte

• Le plus souvent, la tumeur maligne progresse lentement pendant 10 à 15 ans avant de devenir symptomatique. Ainsi, de nombreux cancers restent latents et ne deviennent pas symptomatiques.

• Le cancer de la prostate se développe en général en périphérie de celle-ci et n'occasionne pas de troubles urinaires. Certains troubles peuvent néanmoins survenir en cas de cancer avancé, principalement urinaires (mictions fréquentes ou urgentes, hématurie, etc.), ou une altération de l'état général. Plus rares, certaines formes sont agressives et métastasent rapidement. Un diagnostic précoce est donc un élément essentiel pour améliorer le pronostic.

LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE

• Deux examens de dépistage de cancer de la prostate sont utilisés : le toucher rectal et le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA).

• A ce jour, la Haute Autorité de santé (HAS) ne recommande pas la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques. Une détection anticipée n'augmenterait ni l'espérance ni la qualité de vie. Cette décision n'a toutefois pas obtenu de consensus et fait toujours débat dans la communauté médicale.

• Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer les tests de dépistage du cancer de la prostate doivent être clairement informés des avantages et des inconvénients de ce dépistage par leur médecin.

Toucher rectal

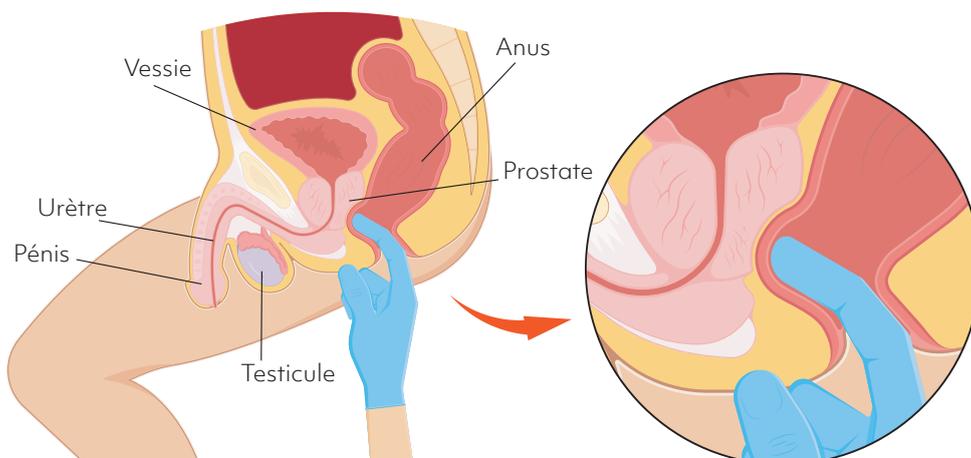
- Le plus souvent, l'examen est réalisé en position de décubitus latéral (allongé sur le côté gauche).
- En introduisant son doigt dans le rectum du patient, le médecin analyse la prostate en vérifiant la taille, la forme et l'aspect. Désagréable, cet examen n'est pas douloureux.
- Un résultat négatif n'exclut pas un cancer, car une tumeur peut être indétectable à la palpation.

LES GUIDES DE L'INCA SUR LE DÉPISTAGE

L'Institut national du cancer (INCa) coordonne les différentes actions menées contre le cancer. L'INCa édite des brochures et des posters accessibles gratuitement à la commande sur la prévention et le dépistage des cancers. Ils sont téléchargeables sur le site e-cancer.fr. Certains outils sont également disponibles auprès du Cespharm (cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue).



Toucher rectal pour palper la prostate



Position en décubitus latéral



Position genupectorale

Dosage PSA

• Le PSA est une substance exclusivement synthétisée par la prostate qui a pour fonction de liquéfier le sperme et de faciliter la migration des spermatozoïdes. Cette protéine est libérée dans le sang à des taux minimes. La valeur seuil

reconnue au-delà de laquelle le taux de PSA est suspect est fixée à 4 ng/ml.

• Une augmentation du taux de PSA sérique total peut avoir plusieurs origines : un cancer, une hypertrophie bénigne, une prostatite, une infection urinaire... Dans 7 cas sur 10, une concentration élevée n'est pas due à un cancer.

• Toute activité physique intense et particulièrement le vélo, un rapport sexuel ou un toucher rectal sont déconseillés 48 heures avant le dosage, car ils peuvent entraîner une élévation du taux de PSA.

• L'examen est effectué dans un laboratoire à partir d'une prise de sang sans besoin d'être à jeun.

• La technique de dosage pouvant varier d'un laboratoire à l'autre et induire des résultats différents, il est recommandé d'effectuer ses analyses au même endroit afin de pouvoir les comparer.

Diagnostic

En cas de suspicion et selon les facteurs de risque, une biopsie prostatique sous contrôle échographique est réalisée afin de confirmer le diagnostic. ■

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION : 20 SEPTEMBRE, JOURNÉE EUROPÉENNE DE LA PROSTATE

Cette manifestation a été initiée par l'Association européenne d'urologie (EAU). Elle est notamment relayée en France par l'Association française d'urologie (AFU), qui s'est donnée comme objectif « zéro décès par cancer de la prostate », notamment en identifiant les personnes à risque et en promouvant une surveillance active des cancers peu agressifs.

« J'ai une petite lésion dans la bouche depuis 3 semaines, mais ça va passer... »

LES POINTS CLÉS

- Environ 95 % des cancers de la cavité buccale sont des carcinomes épidermoïdes.
- Avec 7 500 nouveaux cas par an, les cancers de la bouche sont plus nombreux que les mélanomes et les cancers du col de l'utérus. Actuellement, les hommes sont davantage touchés que les femmes. Il s'agit d'ailleurs du 5^e cancer le plus fréquent chez l'homme.
- L'âge moyen du diagnostic est de 62 ans chez l'homme et de 66 ans chez la femme.
- Selon les données de 2010 à 2015, la survie à 5 ans après diagnostic est de 44 % chez les hommes et de 56 % chez les femmes.
- Les cancers se localisent principalement au niveau du plancher buccal, des lèvres, des gencives, du palais, des joues, des amygdales et de la langue.

Facteurs de risque

La consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, ainsi que d'autres substances (chique de bétel, par exemple) sont les principaux facteurs de risque. Ils augmentent par 15 le risque de cancer.

Signes d'alerte

- Aucun symptôme n'est réellement caractéristique d'un cancer de la cavité buccale.

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION : 20 MARS, JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

Cette manifestation, relayée notamment par l'Union française pour la santé buccodentaire (UFSBD), permet de rappeler l'importance de réaliser une visite de contrôle annuelle avec son chirurgien-dentiste.

- Cependant, l'apparition d'un signe qui persiste plus de 10 jours doit amener à une consultation. Il s'agit notamment de :

- plaie ou grosseur,
- difficultés pour mastiquer ou avaler,
- saignement inhabituel,
- gêne ou douleur persistantes,
- dents qui bougent,
- zones irritées, inflammations,
- tache rouge ou blanche,
- croûte sur les lèvres.

LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC

Modalités

- Il n'existe pas de campagne de dépistage organisé des cancers de la bouche. Le dépistage est individuel.
- Une surveillance régulière de la bouche par un spécialiste est importante, car les lésions cancéreuses ne sont pas faciles à repérer seul et ne sont pas toujours douloureuses.
- La détection est réalisée par les chirurgiens-dentistes et les médecins lors d'un examen visuel de la bouche et une palpation des aires ganglionnaires. Cet examen est très rapide (5 à 10 minutes). En cas de doute, le patient est orienté vers un spécialiste.
- Le diagnostic repose sur une endoscopie et un scanner de la tête ou un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Une biopsie de la tumeur identifiée est réalisée pour confirmer le diagnostic.
- En dehors des visites de contrôle chez le dentiste, une observation régulière de la bouche peut être effectuée par le patient, au moment du brossage des dents par exemple, permettant de noter tout changement : joues, lèvres, langue (dessus et dessous), gorge.

Bilan

Actuellement, 70 % des cancers de la bouche sont diagnostiqués trop tardivement, ce qui réduit les chances de guérison. ■

INTERVIEW

Dr Frédéric de Bels, responsable du département dépistage à l'Institut national du cancer (INCa).



Quels sont les bénéfices et les risques liés au dépistage des cancers ?

Pour la mise en place d'un dépistage, l'un des éléments considéré est son rapport bénéfices/risques pour la population générale. Les bénéfices attendus sont une détection en phase précoce de la maladie avec une meilleure chance de guérison, moins de traitements lourds et donc moins de séquelles et de complications. On observe pour le cancer du sein, comme pour le cancer colorectal, une réduction de 20 % en matière de mortalité liée au cancer chez les personnes qui ont réalisé un dépistage tous les 2 ans pendant 10 ans. L'association de la vaccination contre l'HPV des filles et des garçons, associée au dépistage du cancer du col, pourrait éradiquer cette maladie en France dans les dix ans qui viennent. Concernant le dépistage du cancer colorectal, le taux de survie à 5 ans d'un cancer colorectal détecté à un stade précoce (*in situ* ou au stade 1) est de 90 %, alors qu'il n'est que de 14,3 % en présence de métastases. Mais les risques individuels existent. Ils sont propres à chaque dépistage. Pour le cancer du sein, le risque de surdiagnostic est une réalité. Il s'agit du diagnostic de vrais cancers, mais qui n'auraient pas évolué du vivant de la malade, ce qui fait que leur traitement a été « inutile ». Pour limiter ce risque, des recherches sont en cours. On estime aujourd'hui que 2 à 3 cancers sont surdiagnostiqués pour 1 décès évité, mais ce dernier fait pencher la balance en faveur du dépistage. Un autre risque évoqué est la survenue de cancers radio-induits par les mammographies. L'exposition aux rayons ionisants d'une femme réalisant une mammographie tous les 2 ans pendant 10 ans est cependant bien inférieure à celle d'un seul scanner abdominal, examen pourtant courant. Pour autant, un important travail a été réalisé pour réduire les doses de radiation administrées.

Quels sont les freins à la participation aux campagnes de dépistage des cancers ?

Pour le dépistage du cancer du sein, la baisse de la participation a été amorcée il y a déjà plusieurs années ; elle s'est encore majorée en 2020 lors du premier confinement. Même en période normale, il existe plusieurs freins : le dépistage peut être une source d'anxiété pour certaines personnes qui préfèrent ne pas savoir. Une partie de la population, encore active dans les premières tranches d'âges des personnes éligibles au dépistage organisé, ne se sent pas concernée par le cancer et participe moins aux programmes nationaux. Nous savons également que certaines populations ont moins recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : c'est particulièrement le cas pour les personnes en ALD ou issues d'un milieu défavorisé et les femmes souffrant d'obésité sévère ou porteuses d'un handicap. L'enjeu est donc d'atteindre ces personnes par des campagnes ciblées et une plus large information. La difficulté d'accès aux examens peut aussi contribuer à réduire la participation aux dépistages.

Quel rôle le pharmacien peut-il tenir dans ce domaine ?

Les pharmaciens auront début 2022 un rôle direct dans le dépistage du cancer colorectal en délivrant le kit contenant le test aux personnes éligibles. Ils peuvent aussi participer à l'information du public en s'appuyant sur les outils de communication élaborés par l'INCa. Ils ont par ailleurs un rôle plus global dans la prévention des cancers en sensibilisant sur les facteurs de risque évitables de cancers tels que la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique ou encore l'exposition aux UV.

LE MONITEUR des pharmacies

11-15, quai de Dion-Bouton
92 800 Puteaux
lemoniteurdespharmacies.fr

La charte éditoriale :

lemoniteurdespharmacies.fr/Charte
Les déclarations publiques d'intérêt (DPI) :
lemoniteurdespharmacies.fr/DPI
Les bibliographies complètes :
lemoniteurdespharmacies.fr/Bibliographies

Chaque « Cahier Formation » est relu par un membre du comité scientifique avant parution.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Françoise Amouroux, pharmacienne
d'officine et professeure associée (Bordeaux) ;

Grégory Arpino, pharmacien d'officine ;
Mireille Becchio, médecin généraliste ;
Noëlle Davoust, pharmacienne d'officine
et professeure associée (Rennes) ;
Florence Deguine-Riaux, pharmacienne d'officine ;
Eric Douriez, pharmacien d'officine ;
Alessandra Dragoni, pharmacienne d'officine ;
Jeanne Elie, pharmacienne d'officine ;
Pierre Garcia-Santos, pharmacien d'officine ;
Arnaud Lecerf, pharmacien responsable BPDO et
pharmacien d'officine ; Nicolas Mattern, pharmacien
d'officine ; Denis Richard, pharmacien hospitalier
et enseignant universitaire (Poitiers) ;
Vivien Veyrat, pharmacien d'officine et professeur
associé (Paris-Sud) ; Caroline Wehrlé, pharmacienne
d'officine et professeure associée (Strasbourg) ;
Patrick Wierre, docteur en pharmacie,
expert à la Commission de la transparence.

Editeur : 1healthmedia-health initiative, SAS au capital
de 2 000 € - RCS Paris 838 045 987

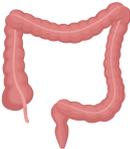
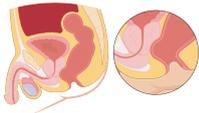
• Président, directeur de la publication : Julien Kouchner
• Imprimeur : Senefelder Misset, Pays-Bas
• N° de la commission paritaire : 0126 T 81808
- ISSN : 0026-9689
• Dépôt légal : à parution
• Prix du numéro : 8 €

ABONNEMENT : 48 numéros incluant les cahiers
spéciaux (formation et thématique) + l'accès à
l'intégralité du site lemoniteurdespharmacies.fr.
Numéros servis sur une durée de 47 à 52 semaines.
Accès aux archives réservé pour les revues
auxquelles vous êtes abonné.

Tarif : 329 € TTC TVA 2,1 %
- Drom-COM et autres pays : consulter le site internet
lemoniteurdespharmacies.fr
Abonnement étudiants sur justificatif :
149 € TTC TVA 2,1 %

L'ESSENTIEL À RETENIR

CALENDRIER DU DÉPISTAGE DES CANCERS

	25 ans	50 ans	65 ans	74 ans
Cancer du sein 		Palpation annuelle des seins	Dépistage organisé Quels examens ? Examen clinique mammaire et mammographie. Quand ? Invitation tous les 2 ans au dépistage. Pour qui ? Femmes sans facteurs de risque, ni symptômes.	
Cancer du col de l'utérus 		Dépistage organisé Quel examen ? Frottis cervical. Quand ? Invitation au dépistage : - entre 25 et 29 ans, 2 examens cytologiques réalisés à 1 an d'intervalle (en cas de résultat négatif, l'examen suivant est effectué 3 ans plus tard) ; - à partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans, un test HPV-HR tous les 5 ans à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique normal ou dès 30 ans en l'absence de dépistage antérieur. Pour qui ? Toutes les femmes même vaccinées contre le HPV.		
Cancer colorectal 			Dépistage organisé Quel examen ? Recherche du sang dans les selles (kit de dépistage à domicile). Quand ? Invitation tous les 2 ans au dépistage. Pour qui ? Personnes sans antécédents personnels ou familiaux particuliers ni symptômes évocateurs.	
Cancer de la peau 		Pour les personnes à risque (phototype I, nombreux grains de beauté, exposition régulière au soleil, antécédent familial ou personnel, etc.) : - quels examens ? Autoexamen (règle ABCDE pour repérer un grain de beauté suspect), examen médical visuel et à l'aide du dermatoscope ; - quand ? Autoexamen tous les 3 mois et consultation médicale 1 fois par an. Pour la population générale : consultation médicale devant toute lésion cutanée douteuse.		
Cancer de la prostate 		Quels examens ? Toucher rectal et dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA). Pour qui ? Hommes symptomatiques ou à risque. Pas de dépistage systématique recommandé chez les hommes asymptomatiques.		
Cancer de la bouche 		Quels examens ? Autoexamen de la bouche, examen visuel par chirurgien-dentiste ou médecin et palpation des aires ganglionnaires. Quand ? Régulièrement. Pour qui ? Toute la population.		

Source : Institut national du cancer (INCa).