

Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique



Vendredi 29 novembre 2013
9h00 – 12h30

Sommaire

- Introduction 5 - 8
- Fréquence des cancers & difficultés liées au dépistage en établissement médico-social
(Sophie BOURGAREL) 9 - 28
- Le diagnostic précoce des cancers urologiques (Pr. Christian COULANGE) 29 - 52
- Prise en charge des cancers du sang (Pr. Régis COSTELLO) 53 - 68
- Cancers digestifs : les signes d'alerte (Pr. Jean HARDWIGSEN) 69 - 96
- Dépistage du cancer du sein (Pr. Pascal BONNIER) 97 - 106
- L'auto-prélèvement en dépistage primaire du cancer du col utérin
(Pr. Claude GAUTIER) 107 - 114
- Cancers cutanés (Pr. Philippe BERBIS) 115 - 200

Introduction

Dr. Monique Piteau-Delord
Directrice du CREAI PACA et Corse



Bonjour à tous,

Je tiens à remercier les professionnels qui ont acceptés de participer à cette matinée d'échanges ainsi que la faculté St Charles pour le prêt de cet amphithéâtre.

Le thème, Prévention et repérage des cancers, que nous vous proposons de partager ensemble est la suite logique des travaux effectués depuis plusieurs années par l'équipe du CREAI – PACA et Corse qui s'est penché sur la question de l'accès au dépistage des cancers chez les personnes en situation de handicap et accompagnées par des équipes médico-sociales.

Ces travaux ouvrent bien sûr le champ plus large de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap. Vous en avez sûrement entendu parler.

Ce sujet a fait l'objet d'un rapport de Pascal Jacob dont les préconisations ont été largement diffusées en particulier sur le décroisement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

De même la CRSA a mis en place avec l'ARS dans le cadre de la démocratie sanitaire, un groupe de travail médico-social afin de réfléchir sur l'âge, le handicap et le parcours de santé.

Le droit d'accès aux soins n'est pas récent, il est inscrit dans le texte de la constitution française depuis 1946 ; il a été réaffirmé par la loi 2005.102 mettant l'accent sur l'accès aux droits communs des personnes en situation de handicap. Pour se faire, il faut que les dispositifs de droits communs prennent en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap et nous verrons que ce n'est pas tout à fait le cas.

En revanche, la RBPP publiée cette année en juillet 2013 par l'ANESM sur « l'accompagnement à la santé de la personne handicapée » positionne clairement les établissements et services médico-sociaux dans la réponse aux besoins de santé des usagers.

Cette recommandation qui s'adresse à l'ensemble des ESMS affirme : « *Soigner, prendre soin, coordonner les soins font partie des missions des structures sociales et médico-sociales, quelle que soit la structure avec ou sans personnel de soins* ».

C'est un support à la réflexion sur la prise en compte de manière globale des besoins de santé et de dépasser l'accès aux soins courants pour améliorer l'accompagnement à la santé et le parcours de soins des personnes en situation de handicap, et concourir ainsi à la qualité de vie.

Quelques axes forts de cette publication :

- La participation de la personne handicapée au volet soins de son projet personnalisé
- Permettre aux personnes handicapées de mieux appréhender leur santé
- Garantir la cohérence, la continuité et le financement des soins autour de la personne handicapée par :
 - une inscription dans le projet d'établissement, même pour les structures non

médicalisées, d'un volet soins abordant la dimension de la santé qui précisera en autres les modalités de partage d'information

- une coordination des soins avec les autres dimensions de l'accompagnement (donc avec des professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé) même si certaines informations sont soumises à des règles de confidentialité ; le partage d'information minimum entre professionnels est nécessaire pour garantir la continuité et la qualité de la prise en charge.

La confrontation des différents points de vue permet de garder un équilibre dans toutes les dimensions de l'accompagnement.

En effet cela permet aux travailleurs socio-éducatifs de mieux comprendre le bienfondé des précautions à prendre vis-à-vis d'une personne handicapée ayant des soins spécifiques et permettre des aménagements dans la vie quotidienne, les activités à l'extérieur ou l'intensité des activités.

- Renforcer les compétences des professionnels sur plusieurs points comme la connaissance des droits liés à la santé chez les majeurs protégés, et sur ce qui nous concerne aujourd'hui, les problématiques de santé des personnes accompagnées dont les particularités médicales, les évolutions récentes des connaissances scientifiques et les méthodes d'intervention.

Des professionnels de santé, professeurs à la faculté de médecine, praticiens hospitaliers, médecin en prévention, ont été sollicités et ont acceptés avec enthousiasme, et je les en remercie très sincèrement, de venir vous parler et échanger avec vous sur certains cancers.

Nous faisons le pari qu'une sensibilisation à ce type d'affection vous aidera à mieux comprendre l'intérêt des dépistages et à vous sentir encore plus partie prenante dans l'accompagnement à la santé des publics que vous accompagnez.

Le programme de cette matinée prévoit des temps d'échanges et j'espère qu'ils seront nombreux et enrichissants pour tous, orateurs et participants.

Je passe la parole à Sophie Bourgarel.

Merci beaucoup.

Monique Piteau-Delord

Fréquence des cancers

&

Difficultés liées au dépistage en établissement médico-social

Sophie Bourgarel – Chargée d'études
CREAI PACA et Corse



Cancers et personnes handicapées : les constats préalables

Nouveauté du sujet de recherche

Allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées

Données rares, petits effectifs; sous groupes avec risques différents

Taille des tumeurs dépistées (DI)

Dépistage moins souvent proposé par les médecins généralistes

Cancers et déficience intellectuelle: les constats d'OncoDéfi (Montpellier)

Fréquence des cancers comparable à la population générale

Répartition par types de cancers différente:

- DI en général: ++ tumeurs digestives (œsophage, estomac, colon), cérébrales, thyroïde; -- col utérin, urinaire
- DI profond: ++ cancer testiculaire, vésicule biliaire, tumeur cérébrale, œsophage; - - de cancer aero-digestif et bronche
- Trisomie 21: ++ leucémies, tumeurs testiculaires; -- cancer du sein

Facteurs de risque et déficience intellectuelle: les constats d'OncoDéfi(Montpellier)

Les personnes handicapées partagent notre environnement: même facteurs de risques (tabac, soleil, acti. sexuelle souvent ----; obésité, reflux gastro-oesophagien souvent +++)

Risques d'ordre génétique: trisomie 21, neurofibromatose de type 1, famille à risque de cancer...

Risque de cancer élevé chez les jeunes enfants avec DI

Adapter la prévention aux risques particuliers

Pratiques de dépistage en établissement pour personnes handicapées -2010- Paca

échantillon représentant 15% des établissements médico-sociaux pour adultes hand. avec hébergement (30 établissements)

Entretiens semi directifs sur dépistages

Stratification sur le département, la catégorie d'établissement, la présence d'une population âgée de 50 ans et plus

- **Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé, foyer de vie, foyer d'hébergement**

Modalités de dépistage organisé en population générale

Cancer du sein: mammographie

- femmes de 50 à 74 ans
- courrier plus relance 3 à 6 mois après
- répété tous les 2 ans

Cancer du colon: Hémocult II

- hommes et femmes de 50 à 74 ans
- point médecin traitant
- relance 3 mois après
- renouvelé tous les 2 ans

Constats en établissement pour adultes en 2010:

- **Domicile=établissement**
- **Doublon tuteur**
- **Un établissement sans invitation**
- **Pas de vérification/vigilance des établissements/ pas de taux de participation au dépistage**

Résultats : difficulté face au dépistage et au cancer

Public: majorité d'adultes déficients intellectuels, mais aussi déficients moteurs, troubles mentaux et polyhandicap

Capacité de compréhension et d'autonomie variables selon les catégories d'établissements (« *je suis malade?* »)

Expression de la douleur: parfois absente, parfois démesurée

La prévention, du médical qui empièterait sur l'éducatif?

Résultats - Dépistage du cancer du sein: accessibilité, acceptation

Un établissement sur deux n'a pas réalisé le dépistage pour toutes les résidentes de 50 ans et plus.

Mammographes inadaptés signalés par plus d'un tiers des établissements

Alternative proposée par gynécologue: échographie

Résultats - Dépistage du cancer du sein: acceptation

4 établissements sur 10 : difficultés à faire accepter la mammographie aux résidentes concernées.

(Perturbation d'un lieu étranger, refus de contact tactile, préparation, immobilité à l'examen,...)

Contention nécessaire pour réaliser le dépistage?

Résultats - Dépistage du cancer du sein: accessibilité

Cabinet radiologique accessible aux fauteuils roulants (75% en 2011)

Population handicapée « *dérangante* »; temps de consultation

Recherche d'horaires avec peu de clientèle

Radiologues peu familiers des handicaps (62% difficultés clichés)

Accompagnant: une fonction clé, un poste à dédier

Résultats - Dépistage du **cancer colorectal**: difficultés d'acceptation et de réalisation

Huit établissements sur dix ont des difficultés à réaliser l'Hémocult II

3 difficultés: recueil des selles, 3 échantillons, temps limité

Résultats - Dépistage du **cancer colorectal**: difficultés d'acceptation et de réalisation ⁽²⁾

Comportement problématique des résidents face à l'Hemoccult:

- Oubli des résidents les moins autonomes, cause de recommencement
- Refus de la part des individus atteints de troubles mentaux
- Travailleurs handicapés dans l'ESAT, hors foyer
- Couches: mélange selles-urine

Résultats - Dépistage du **cancer colorectal**: difficultés d'acceptation et de réalisation ⁽³⁾

MAS et FAM: personnel de santé suffisant

En foyer d'hébergement: « *Les éducateurs n'acceptent pas de faire un prélèvement de selles, c'est un travail infirmier qu'ils ne veulent pas faire* ». Primauté de l'éducatif sur le soin.

Les établissements ayant du personnel de santé à temps partiel sont dans l'incapacité de réaliser l'Hémocult pour tous les résidents concernés.

Résultats - Dépistage du cancer du **col de l'utérus**: frottis ou échographie?

Suivi gynécologique annuel dans 8 établissements sur 10

Préparation et accompagnement indispensables

Frottis invasif pour beaucoup

Résultats: Formation de personnes-relais

96% des interlocuteurs n'ont bénéficié d'aucune formation relative au cancer

73% déclarent qu'une formation leur serait bénéfique

D'où cette rencontre!

Quelques questions aux praticiens présents ce matin:

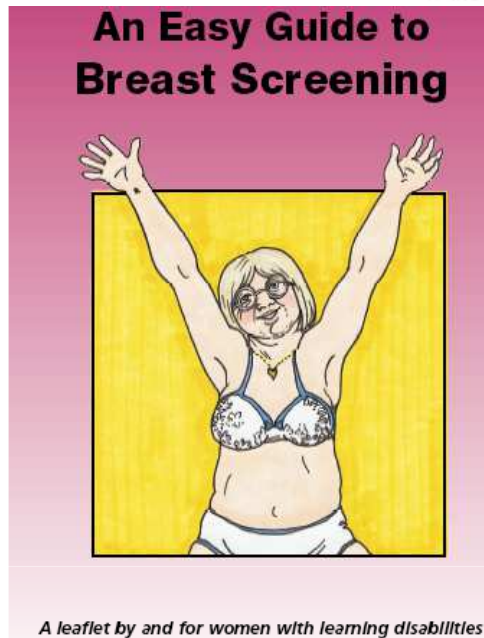
Palpation
plus adaptée
pour
dépistage du
cancer du
sein chez les
femmes
trisomiques
?

Quelle
validité pour
un
Hémocult
incomplet
?

Quelle
alternative
au frottis
?

Intérêt
d'outil de
communica-
-tion de type
NHS
?

You can decide if you want to go for breast screening.

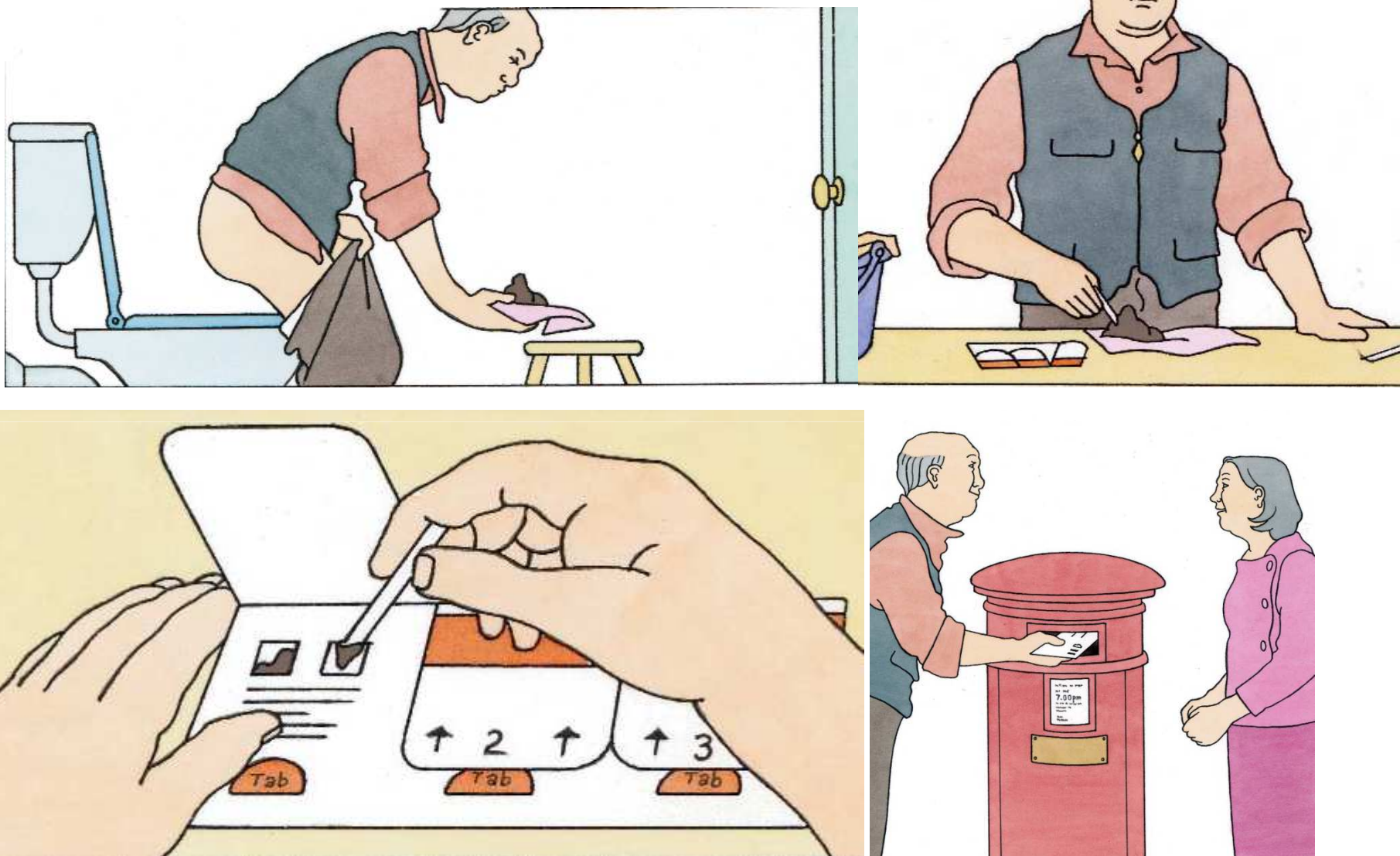


There is a picture book that explains more about breast screening. The breast screening unit has a copy.



The x-ray machine is uncomfortable or painful for some women. You will have to keep very still while the x-ray is taken but it is only for a few seconds.

An Easy Guide to Bowel Cancer Screening



LIENS UTILES:

<http://www.creai-pacacorse.com/> pour télécharger deux études « dépistage du cancer chez les personnes handicapées » et « accès à la mammographie pour les patientes à mobilité réduite »

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/easy-guide-breast-screening.html> pour télécharger le guide de dépistage cancer du sein en anglais

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/publications/nhsbcsp-learning-disabilities-leaflet.html> pour télécharger le guide de dépistage cancer colorectal en anglais

<http://oncodefi.net> pour des informations sur cancers & déficience intellectuelle et programme colloque en anglais

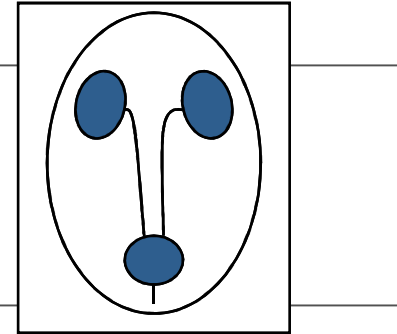
Le diagnostic précoce des cancers urologiques

Christian Coulange

CREAI Paca et Corse

Marseille - 29 novembre 2013

Guide



Urologie

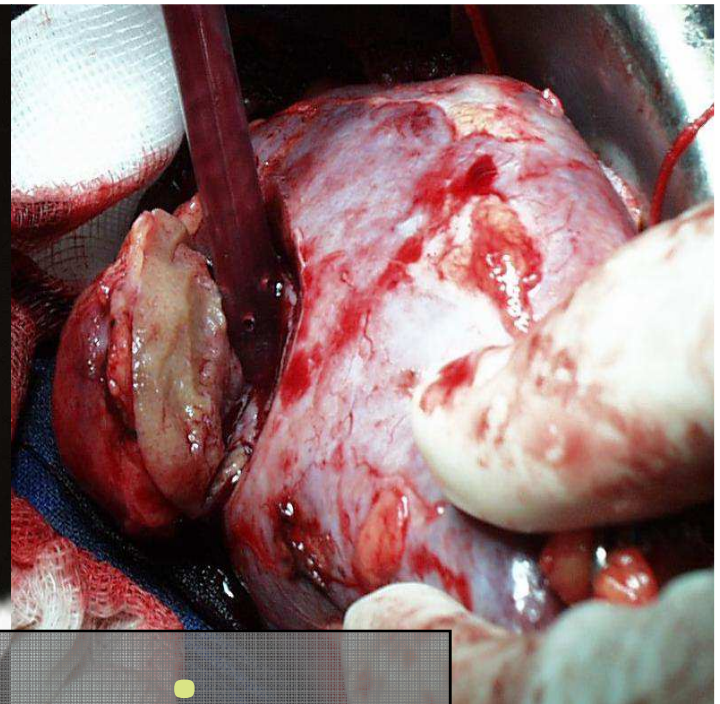
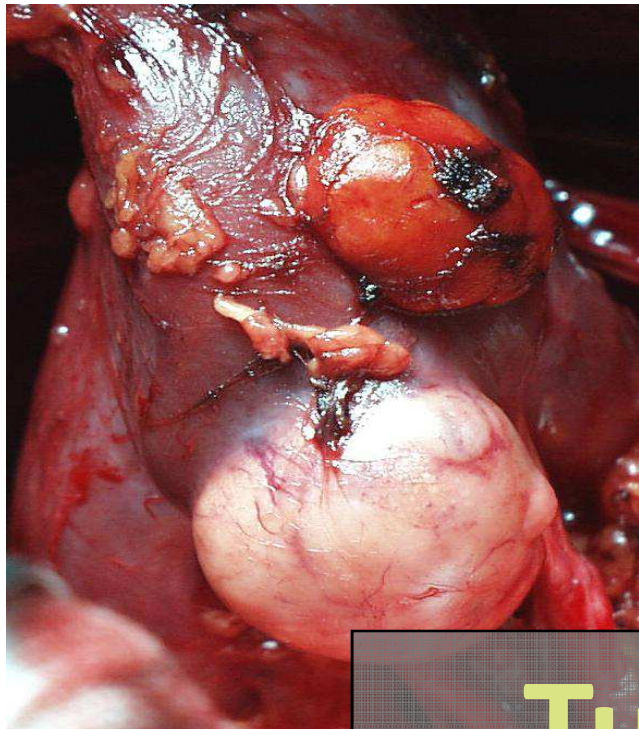
appareil urinaire des deux sexes
appareil génital de l'homme

Urologue

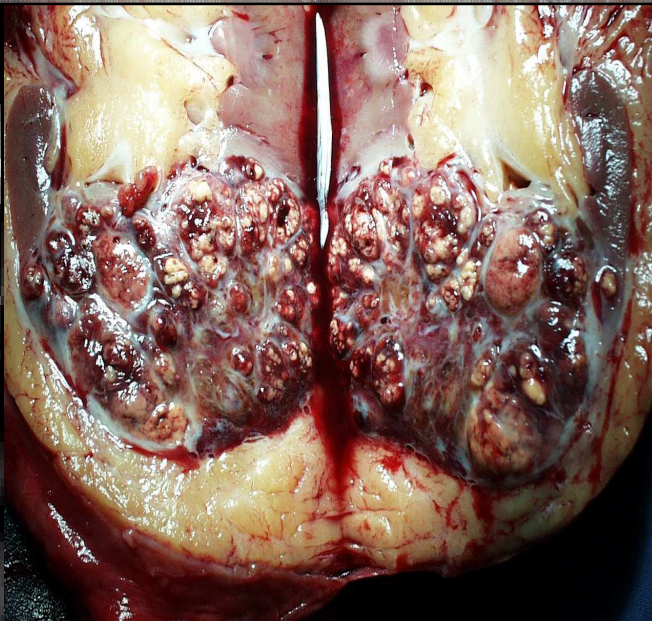
spécialiste de la pathologie de l'appareil
urinaire et génital masculin

Association
Française
d'Urologie

organe fédérateur, majorité des urologues



Tumeurs du rein



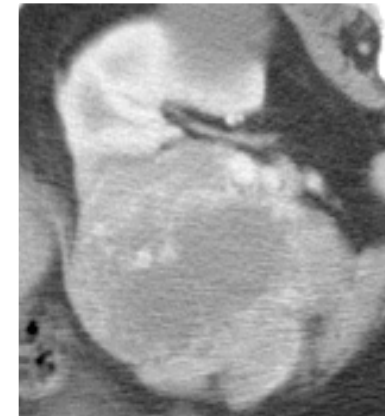
Tumeurs kystiques: bénignes

50 % de la population



Tumeurs solides: malignes

0,2 % de la population à 60 ans



Facteurs favorisant le cancer du rein

Acquis

Environnementaux

Obésité

Industrie sidérurgique

HTA

Cadmium

Insuffisant rénal

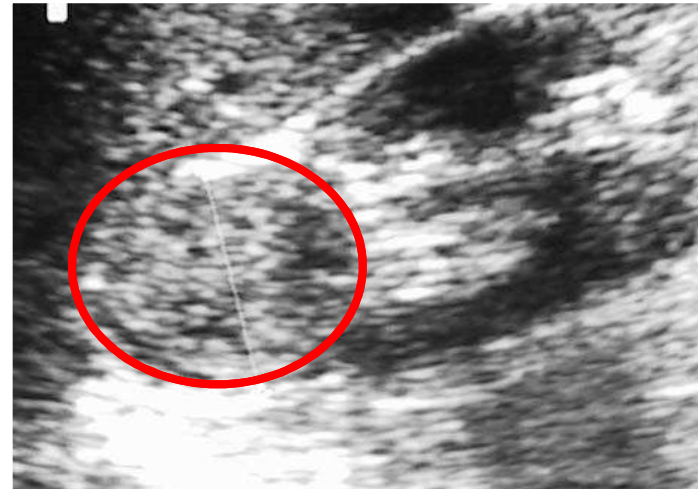
Tabac



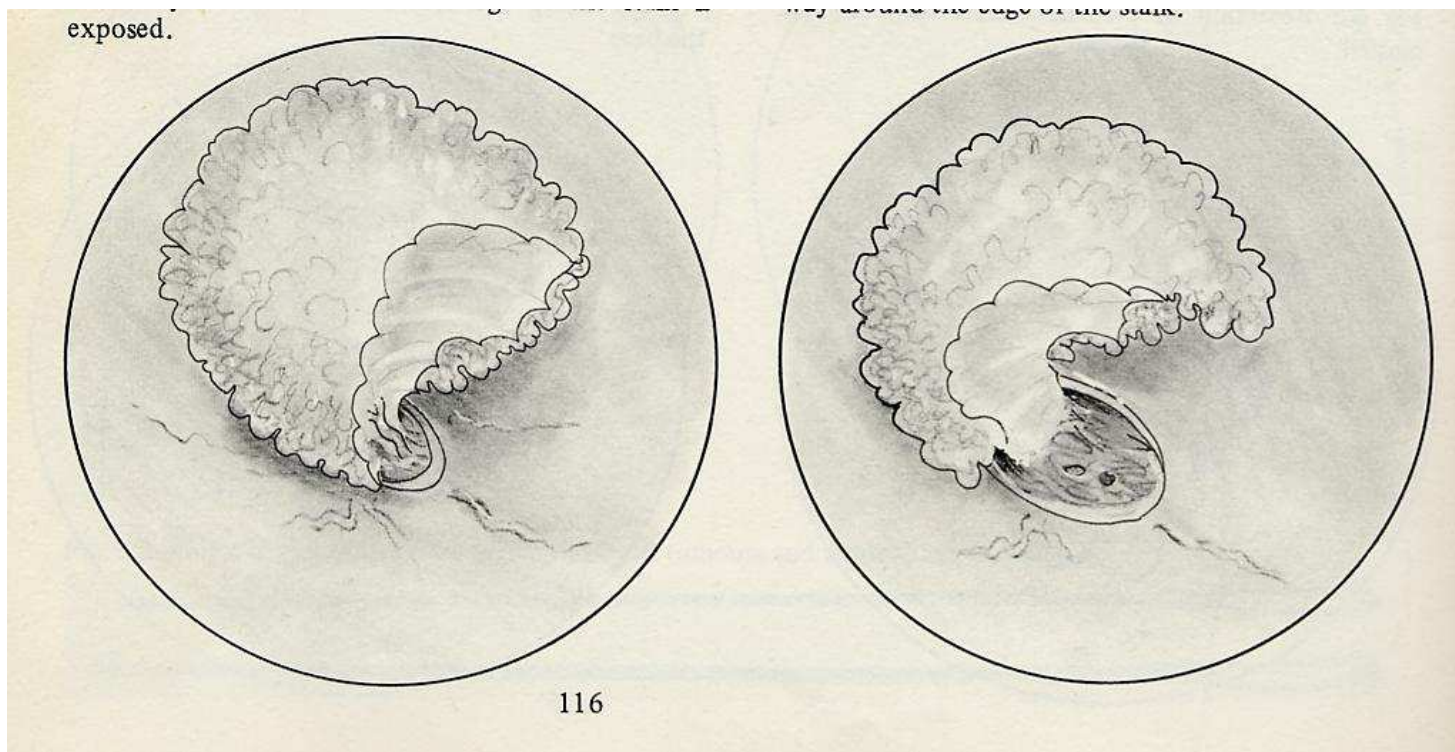
Circonstances de découverte des Ca du Rein

Fortuite, échographique : 60 % des cas

Signes urologiques :
sang dans les urines,...



Tumeurs de Vessie



Tumeurs de vessie

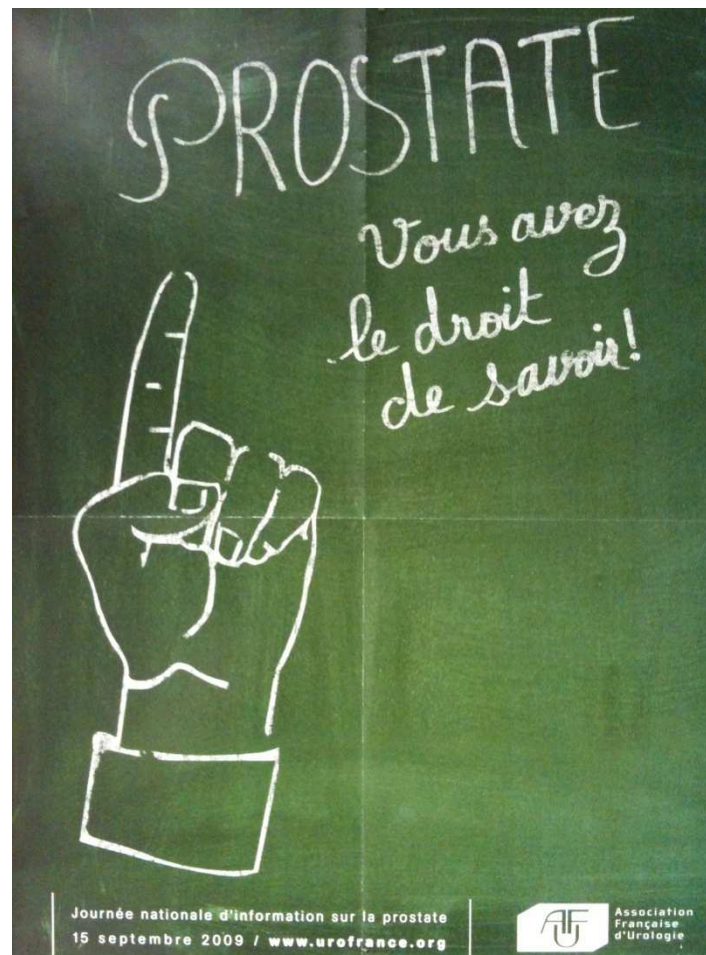
Facteurs de risque

- intoxication tabagique (40 %)
- exposition professionnelle (20 %): colorants, caoutchouc, textile et produits chimiques

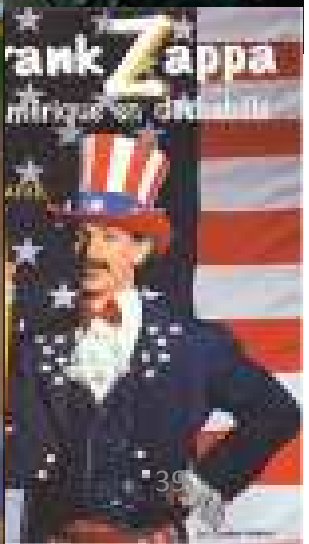
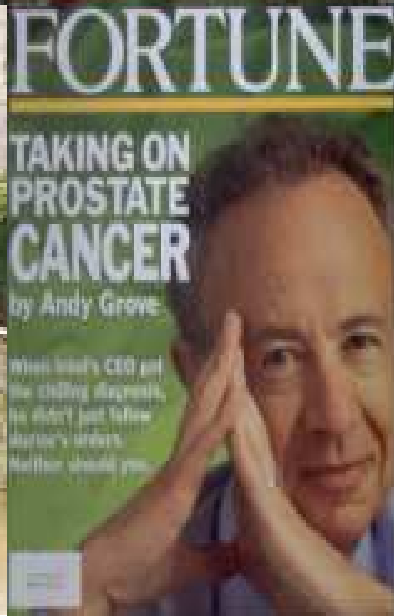
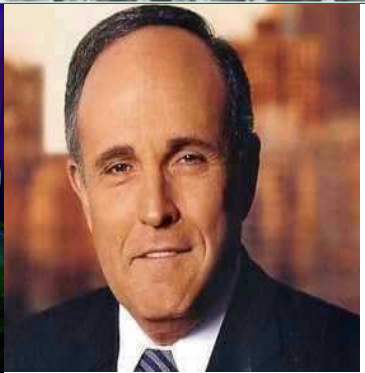
Dépistage ciblé pour les personnes exposés à des facteurs de risque

Diagnostic

- Sang dans les urines
- Hématurie microscopique $\pm$ troubles mictionnels (professions exposées, tabagisme, âge > à 50 ans)



Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique
Conférence CREA PACA et Corse - 29 novembre 2013 - Marseille



P.S.A. un marqueur qui transforme une maladie...



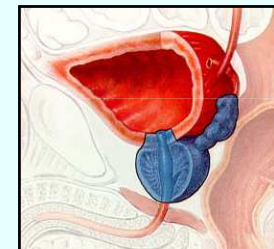
Wang MC.

Purification of a human prostate specific antigen.
Investigative Urology, 1979.



Le Cancer de la Prostate

Grave	2 ^{ème} cause de DC	10 000 DC/an	< 65 ans
Fréquent cas/an	1 homme sur 8	70 000 nouveaux	
Particulier	silencieux		
Outils	PSA total + examen clinique		
Traitement	âge + tumeur + maladies associées		
Traitement	précoce efficace et moins délétère		



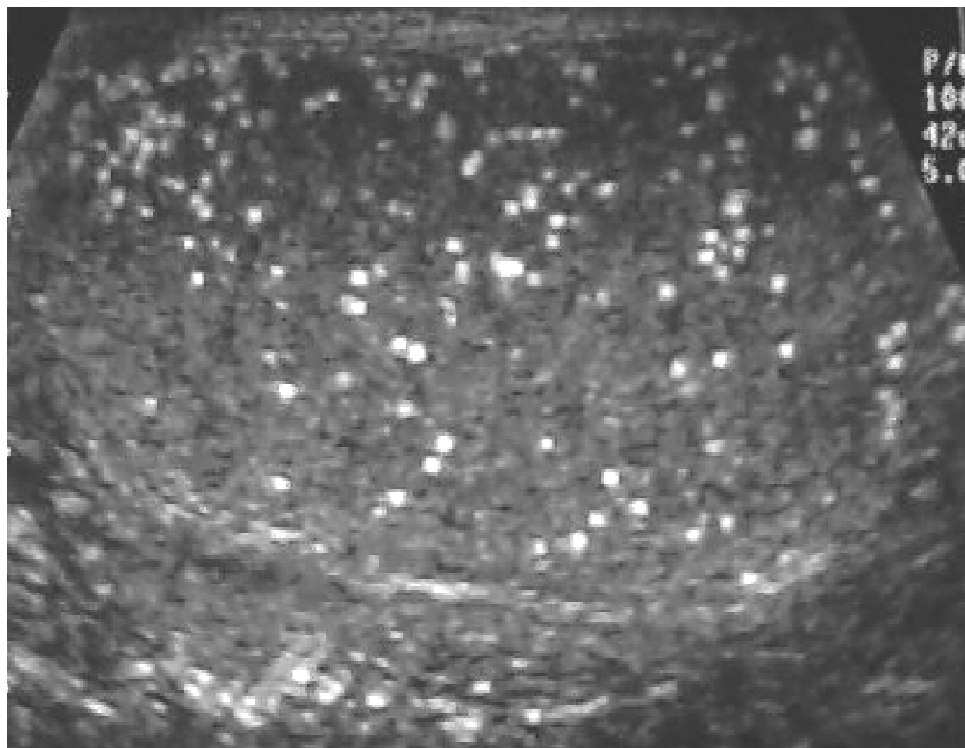
Inégalité

50% seulement ont l'information.....

Prostate : message

Homme à partir de 50 ans
« contrôle technique »
une fois par an





Cancer du testicule



Cancer du testicule

Mr BAZ...S, 23 ans, Infirme moteur cérébral

Testicule gauche ↗ taille, indolore, récent (8 jours)

Aucune notion de traumatisme

ATCD d'ectopie testiculaire (cryptorchidie)

10% des cancers du testicule

Risque x 35

Fréquence accrue dans la trisomie 21

Fixation du testis avant 6 ans ne protège pas

Attitude non conservatrice chez l'adulte

Cancers urologiques chez les personnes handicapées avec déficience mentale ou psychique

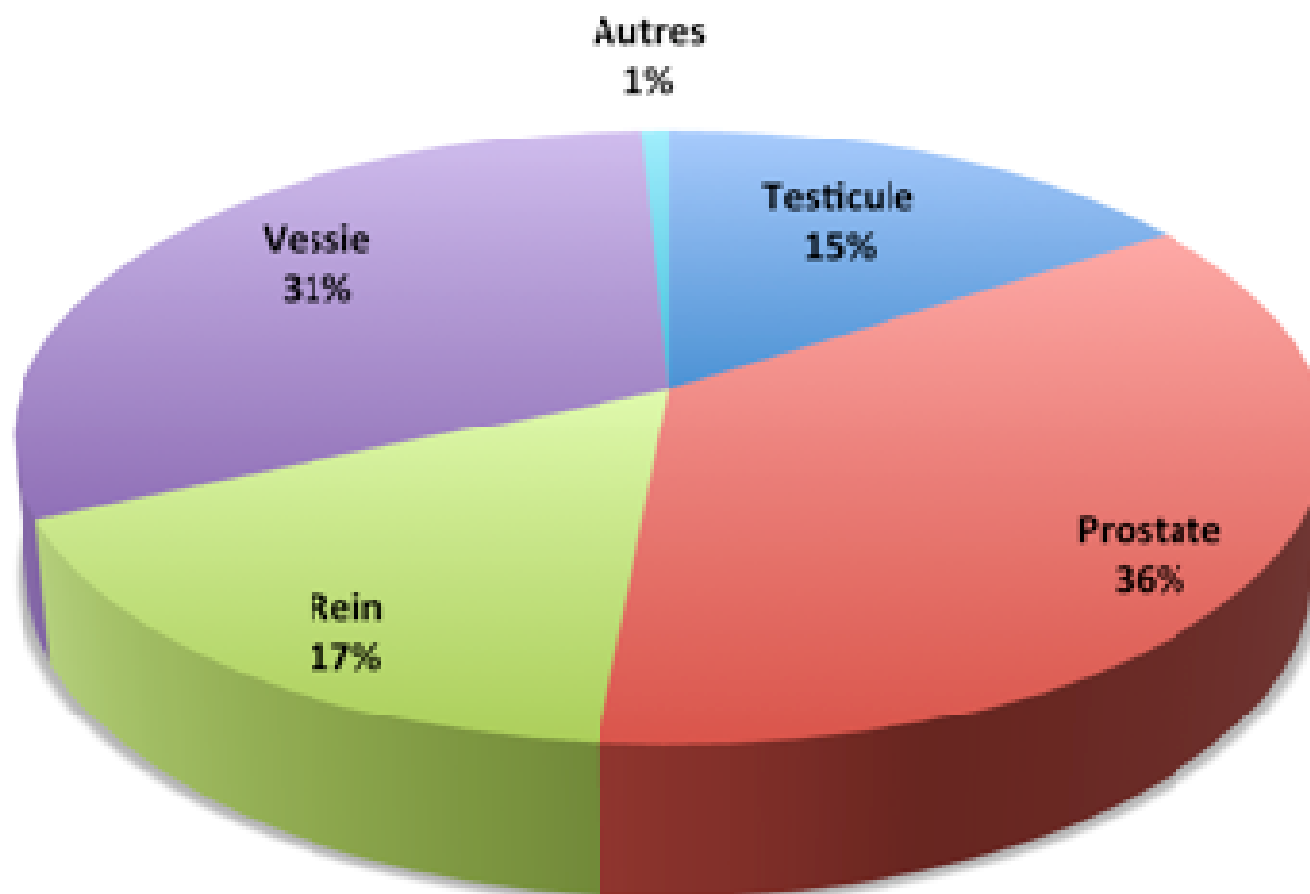
Cancers urologiques globalement moins fréquents

Difficultés d'expression : moins bon accès aux soins

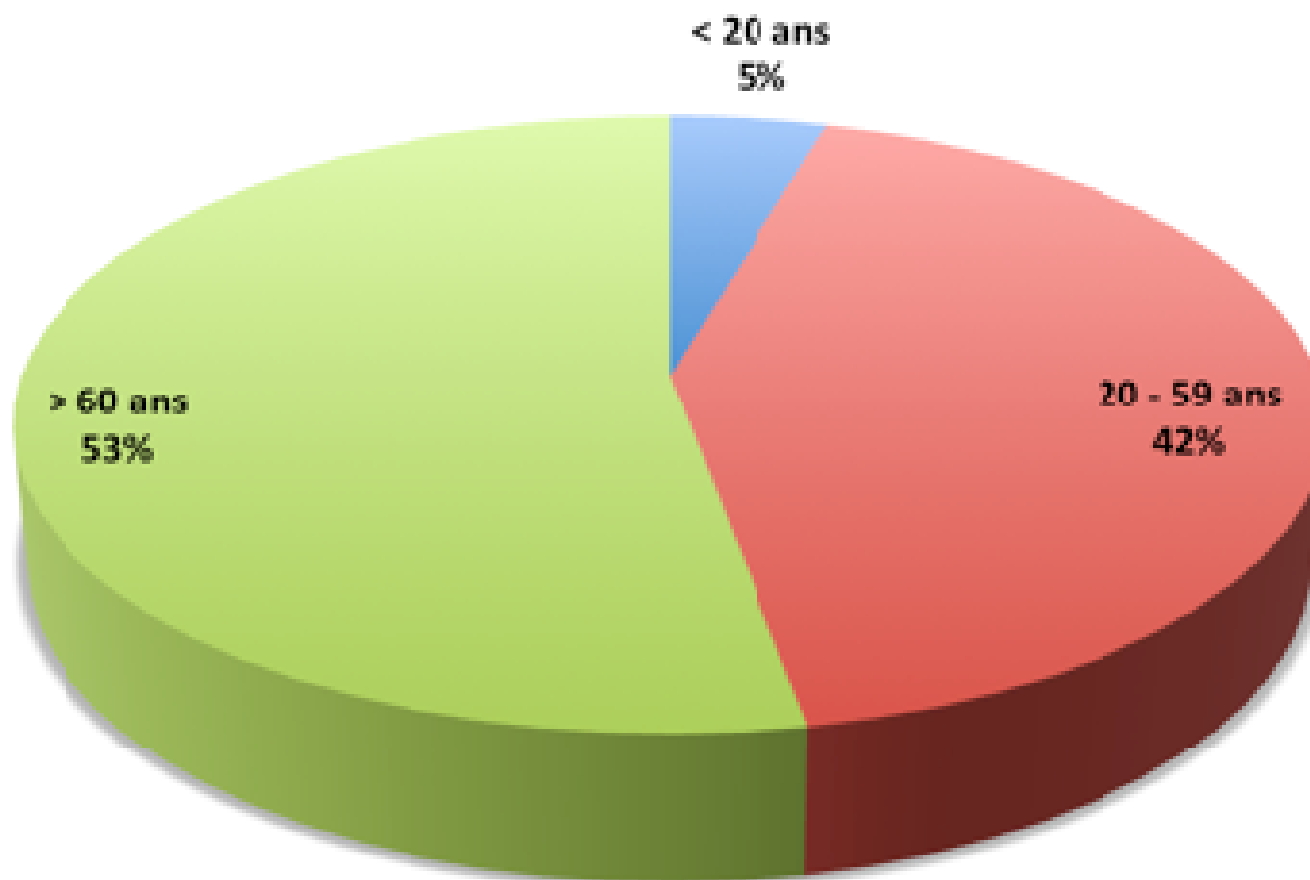
Diagnostics retardés, traitements alourdis

Nouveau défi posé aux professionnels

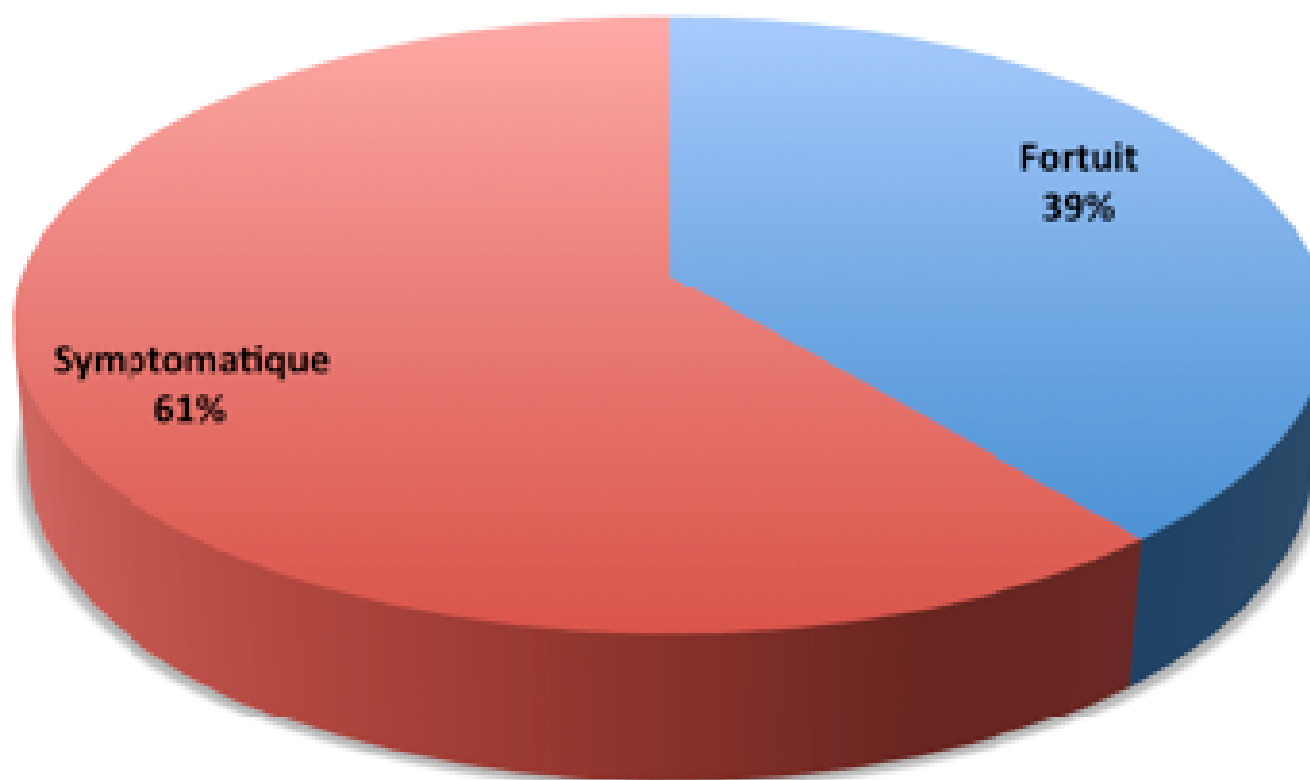
Types de tumeurs



Ages de survenue

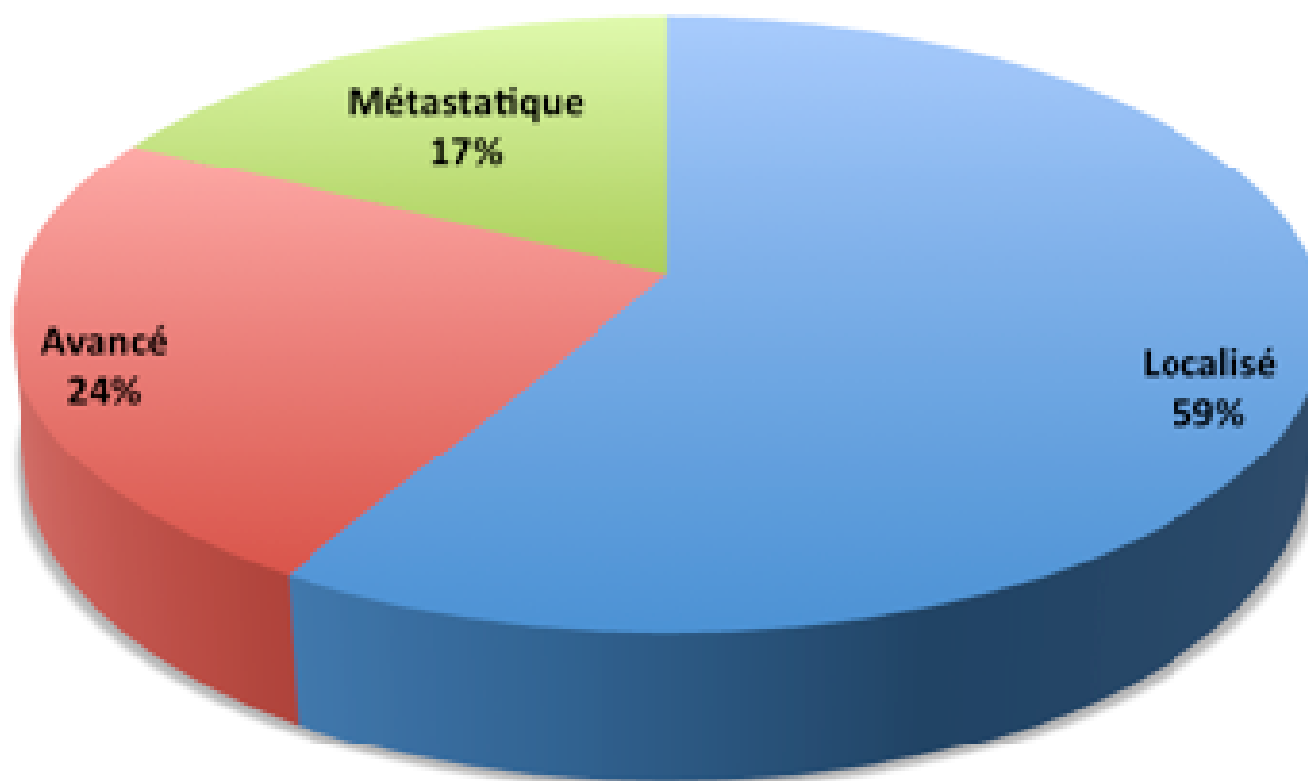


Modes de présentation

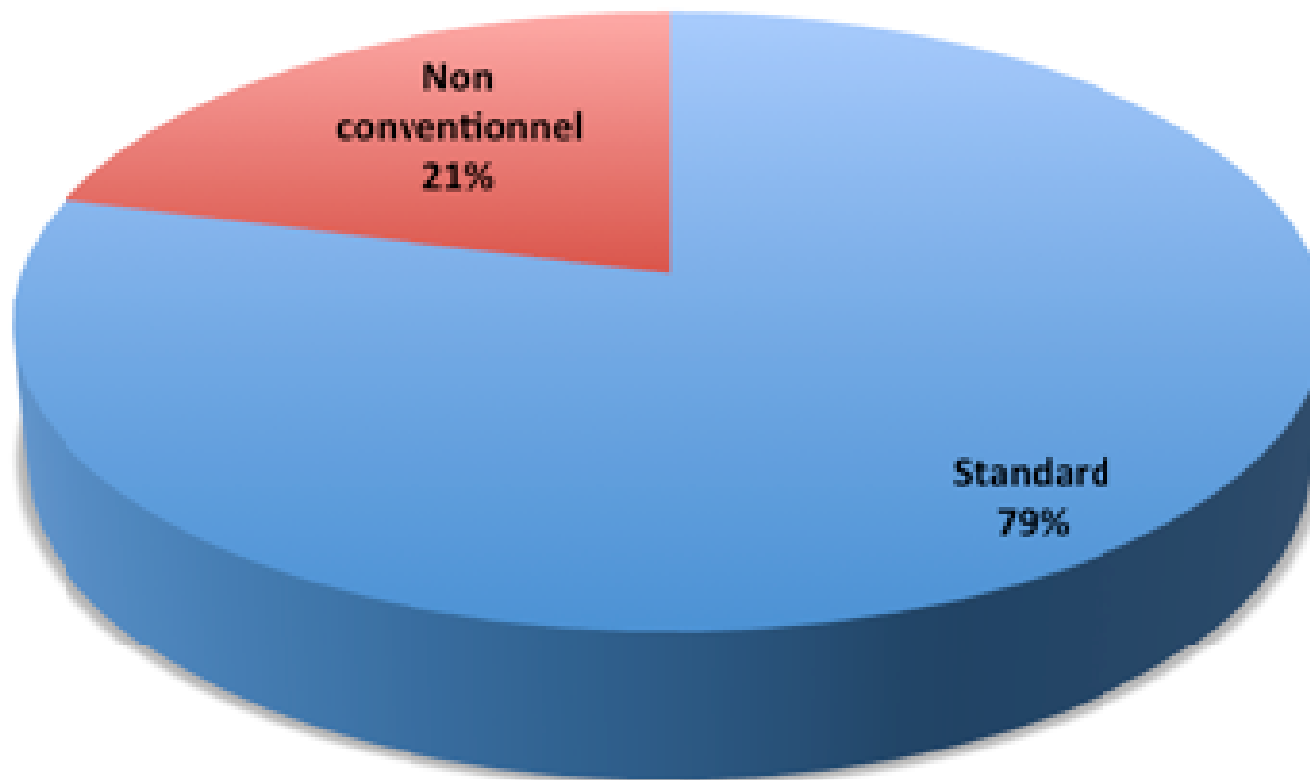


Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique
Conférence CREA PACA et Corse - 29 novembre 2013 - Marseille

Stades de la maladie



Types de traitement



Conclusion

Le diagnostic précoce est très important

Le traitement est difficile

Intérêt de la détection précoce:

- améliorer le pronostic
- réduire les inégalités de santé

Prise en charge des hémopathies malignes

Pr Régis Costello
Service d'Hématologie
C.H.U La Conception
Marseille

Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique
Conférence CREAL PACA et Corse - 29 novembre 2013 - Marseille



Introduction

« penser au diagnostic... »

Des signes non spécifiques....

1. Asthénie, pâleur
2. Fièvre, sueurs
3. Infections récidivantes
4. Perte de poids
5. Adénopathies, splénomégalie
6. Fractures pathologiques...

Des populations à risque....

ex; Trisomie 21

Leucémogénèse lié à mutation de GATA1 ->

1. LAL x 12
2. LAM x 150 (en dessous de 5 ans)
3. Myélodysplasies

Nécessité de « dépistage »... car plaintes +/- bien exprimées

1. Clinique
2. Biologique
3. +/- radiologique

Attitude non « evidence-based medicine »: 4 grades de méthodologie

A : recommandations basées sur des essais randomisés correctement menés et des résultats régulièrement concordants,

B : résultats d'essais randomisés mais avec notion de résultats discordants et/ou de faiblesse méthodologique.

C : observations cliniques hors protocoles randomisés ou extension de données randomisées d'un groupe de patients à un autre,

C+ : mêmes conditions que C mais lorsqu'un groupe d'expert juge que la généralisation des données est faisable de façon sure et/ou que les données issues d'observation sont assez évidentes pour être considérées comme fiables.

Visites médicales de routine:

degré de preuve C [1]

Eviter l'utilisation de psychotrope devant un changement de comportement avant d'avoir éliminé une affection somatique:

degré de preuve C [2]

- [1] Massachusetts Department of Mental Retardation, University of Massachusetts Medical School's Center for Developmental Disabilities Evaluation and Research. Preventive health recommendations for adults with mental retardation. Boston, Mass.: Massachusetts Department of Mental Retardation, 2003. Accessed September 16, 2005, at: http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4201.
- [2] Expert Consensus Guideline Series: treatment of psychiatric and behavioral problems in mental retardation. Am J Ment Retard 2000;105:159-226.

La consultation d'Hématologie

- Habituer le patient à l'environnement et au personnel de la consultation
- Minimiser les nuisances (bruits, interruptions, téléphone...)
- Informer le patient de chaque action même très simple (auscultation...)
- Envisager une sédation légère avant la consultation

- S'adresser en priorité directement au patient
- Admettre un proche lors d'un soins ou examen (≠ patient habituel)
- Limiter certains examens anxiogènes (ex; IRM pour patient claustrophobe...)
- Penser aux **associations fréquentes** en cas de pathologie génétique...

Ex, Trisomie 21

- Leucémies aiguës mais aussi...

- Pathologie valvulaire cardiaque
- Infections cutanées
- hypothyroïdie, diabète, obésité
- apnées du sommeil
- Maladie coeliaque
- Convulsions
- Acuité visuelle diminuée
- Ostéporose....

La prise en charge thérapeutique

- Difficultés à expliquer la maladie (abstraction) = difficultés à expliquer le traitement
 - infirmière d'annonce
 - psychologue
 - accompagnant
 - médecin de famille
- Traitements toxiques = Chimiothérapies
- Nécessité de périodes d'isolement en « chambre stérile »

Problèmes médico-légaux

- Inclusion dans des protocoles de recherche ?

« Signature du formulaire de consentement éclairé par le patient (ou son représentant légal) indiquant qu'il comprend l'objectif et les procédures de l'étude et souhaite y participer »

Problèmes liés aux drogues de chimiothérapie et soins de support

- Interactions médicamenteuses
 - Influant sur traitement psychotrope
 - Traitement psychotrope influant sur chimiothérapie
- Effets de certaines molécules
 - corticoïdes; agitation, insomnies
 - tienam; convulsions
 - interferon; dépression
 - aracytine haute doses; dyskinésie, troubles de l'équilibre

« ne pas penser que les patients présentant un handicap mental ne sont pas aptes à participer aux décisions médicales les concernant »



déficiences intellectuelles & cancers digestifs les signes d'alerte.



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Pr Jean HARDWIGSEN
Service de chirurgie générale & transplantation hépatique
CHU La Conception - Marseille



Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

des données indispensables

des données indispensables

Définitions

Santé

l'absence de maladie ou d'infirmité,
un état de complet bien-être physique,
mental, social

Prévention

l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le
nombre et la gravité des maladies, des accidents et des
handicaps



Définitions

Prévention primaire

l'ensemble des actes visant à diminuer **l'incidence** d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas

Prévention secondaire

diminuer la **prévalence** d'une maladie dans une population.

- actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution
- faire disparaître les facteurs de risque
- le **dépistage** – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteurs de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire.



Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

des données indispensables

des données indispensables

Définitions

Prévention tertiaire

intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie



Définitions

classification de la prévention en 3 parties (OMS, RS. Gordon 1982)

La prévention universelle – *éducation à la santé, hygiène*

La prévention sélective – *sous groupe spécifique*

La prévention ciblée – *sous groupe spécifique + facteurs de risque*

Une **prophylaxie** désigne le processus actif ou passif ayant pour but de prévenir l'apparition, la propagation ou l'aggravation d'une maladie.

Le terme fait aussi bien référence à des procédés médicamenteux qu'à des campagnes de prévention ou à des « bonnes pratiques » adaptées.

Une prophylaxie peut amener à suivre un traitement médical, mais il s'agit avant tout d'un processus liant la prise de conscience d'un risque constaté ou pressenti, à une réponse médicale ou sanitaire.



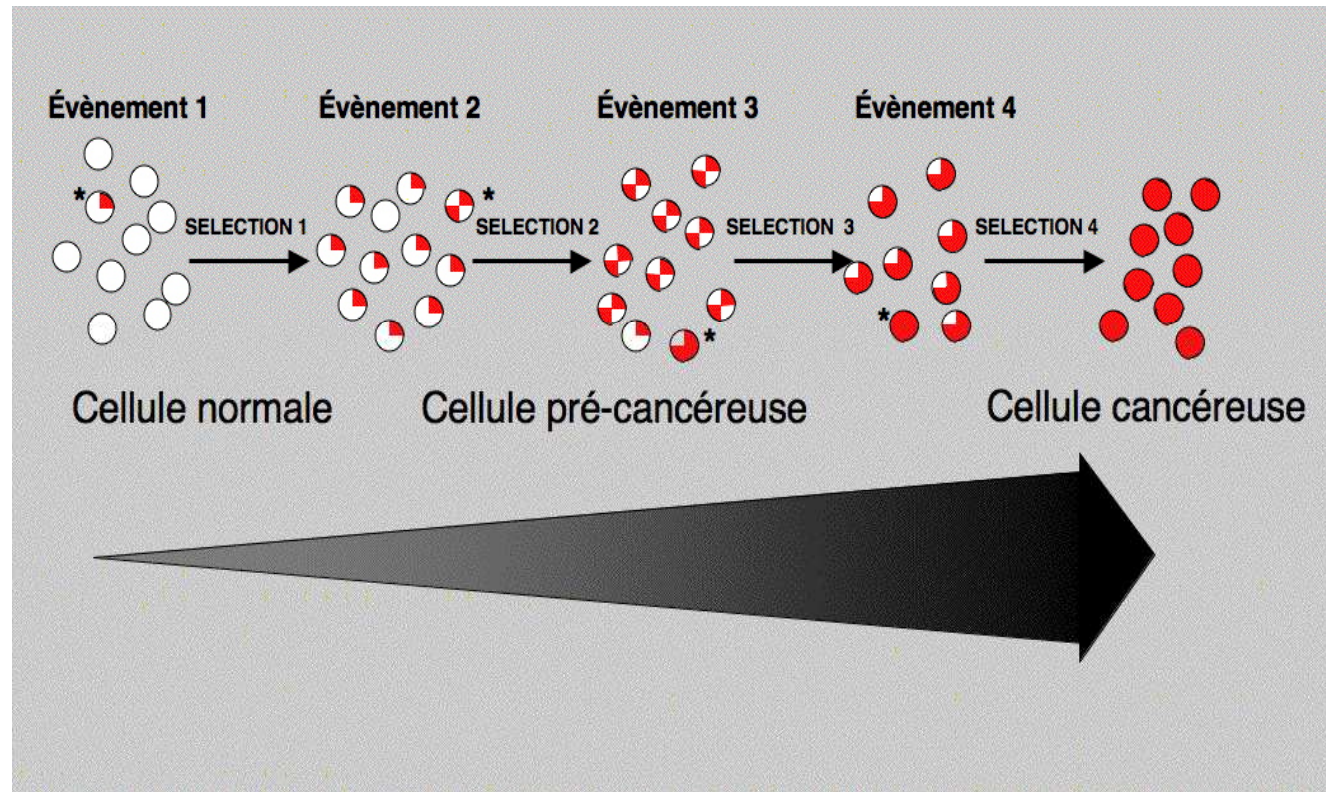
Déficience intellectuelle & cancers digestifs

Déficience intellectuelle & cancers digestifs

des données indispensables

des données indispensables

Rappel

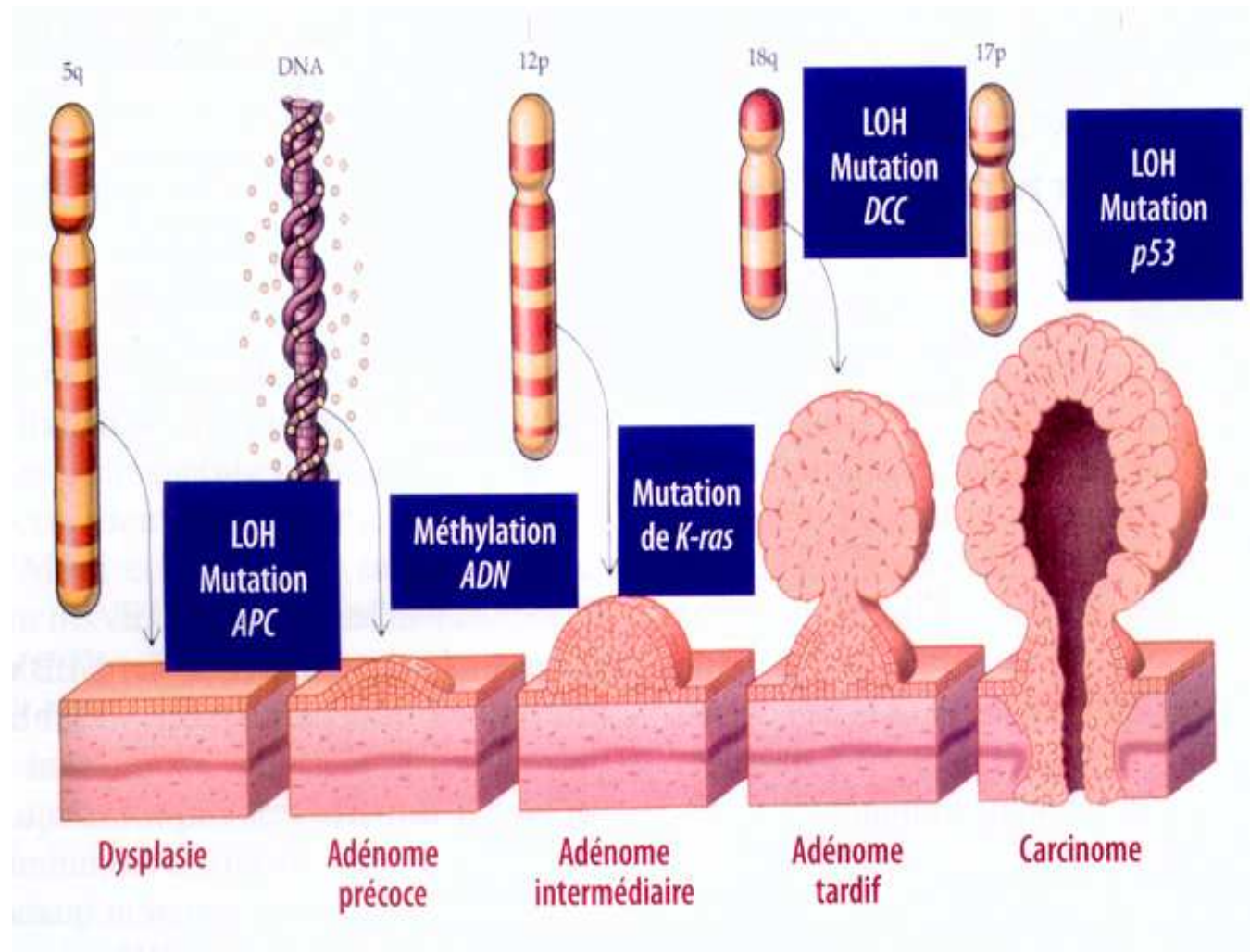




Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Cancer du colon & du rectum

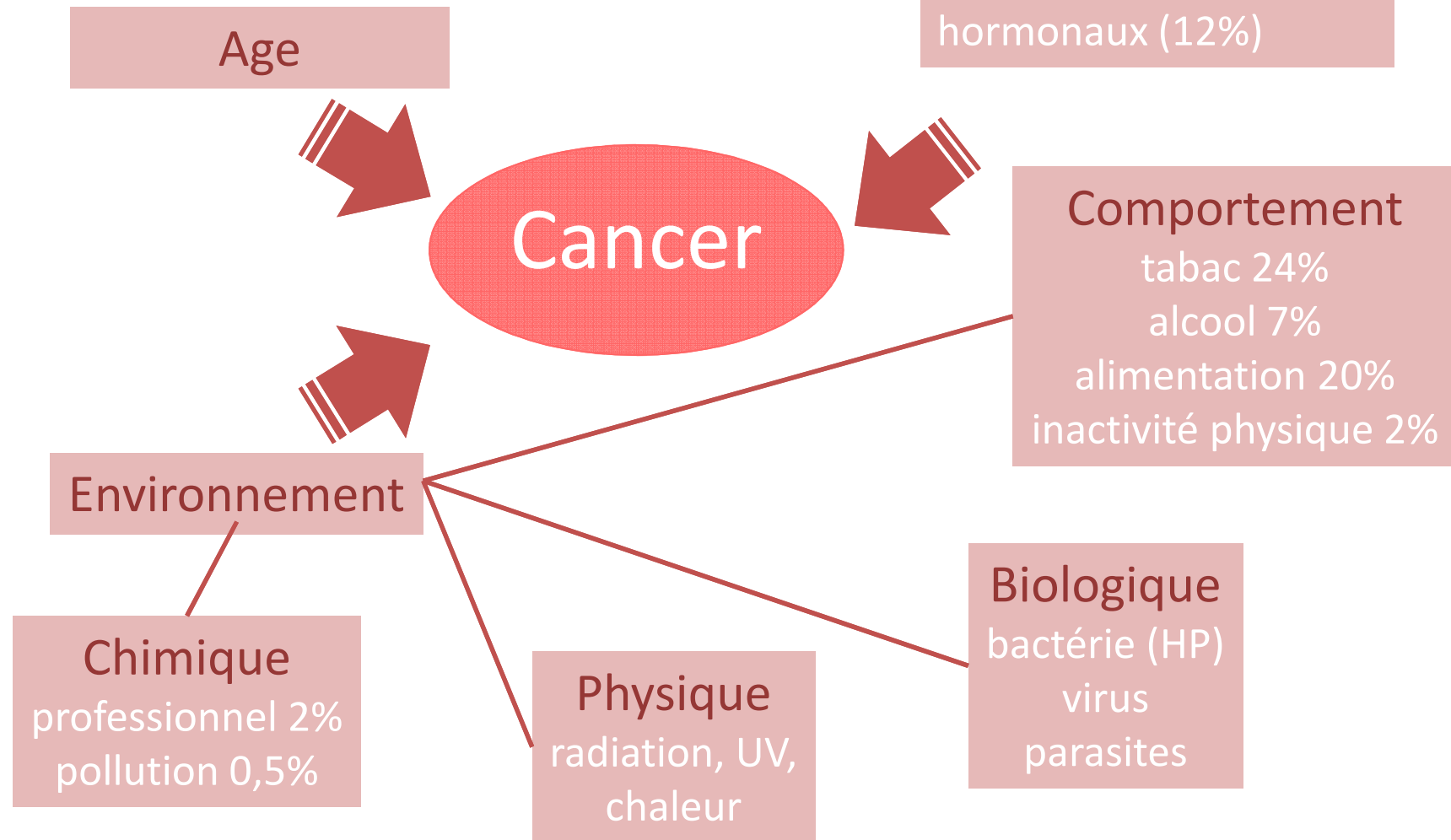




Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Facteurs favorisant



des données indispensables

des données indispensables

Facteurs endogènes
génétiques (5 – 10%)
hormonaux (12%)



Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

des données indispensables

des données indispensables

État des lieux en France

1. Prostate
2. Sein : le premier cancer chez la femme, et le deuxième plus fréquent en France
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la vessie
6. Cancer du pancréas
7. Cancer du rein : en augmentation
8. Lèvre-bouche-pharynx en augmentation chez les femmes
9. Mélanome de la peau
10. Foie : surtout chez l'homme

Source INCA juillet 2013





Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

des données indispensables

des données indispensables

État des lieux en France

1. Prostate
2. Sein : le premier cancer chez la femme, et le deuxième plus fréquent en France
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la vessie
6. Cancer du pancréas
7. Cancer du rein : en augmentation
8. Lèvre-bouche-pharynx en augmentation chez les femmes
9. Mélanome de la peau
10. Foie : surtout chez l'homme

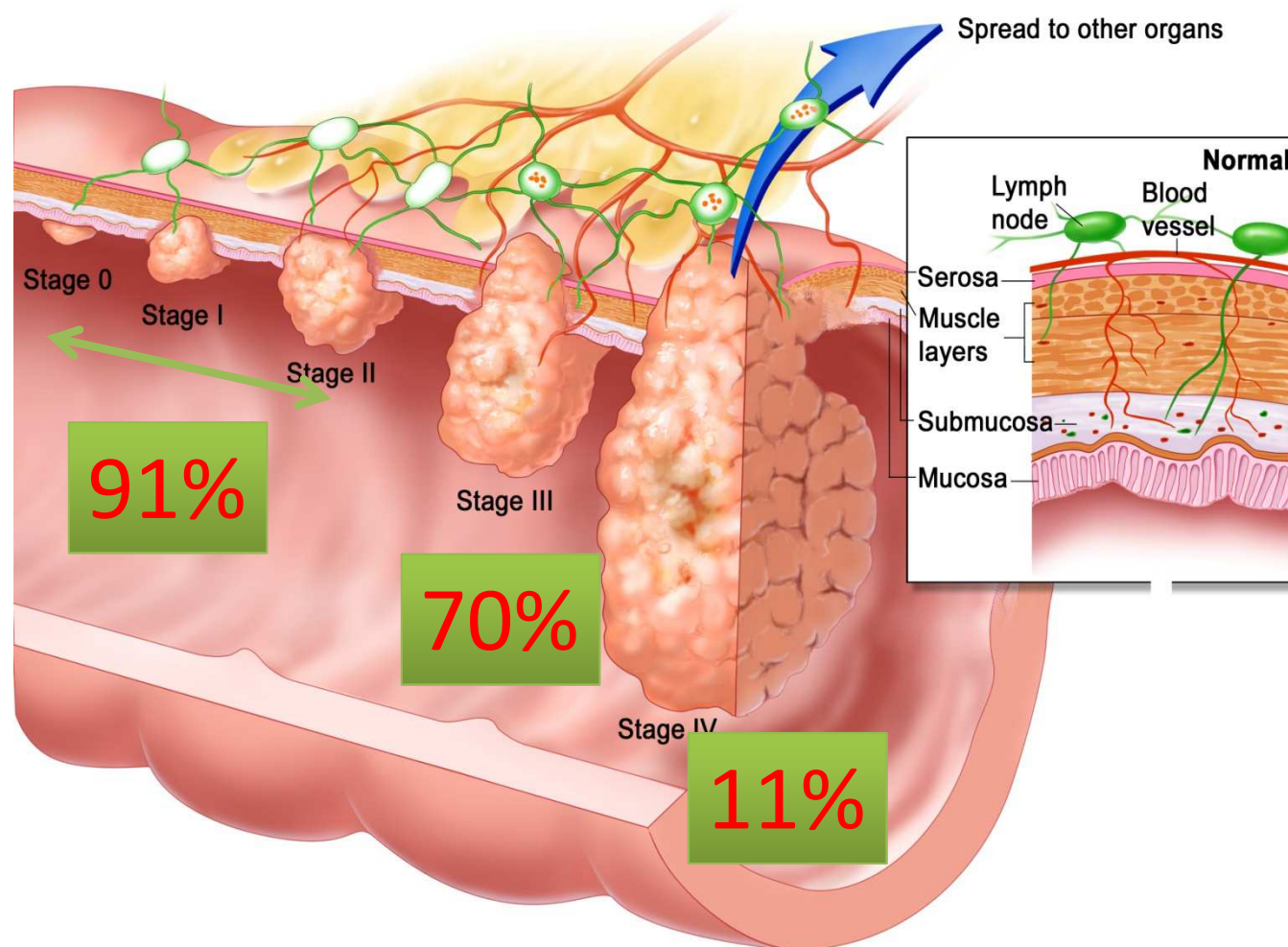


Source INCA juillet 2013



Cancer du colon & du rectum

Évolution et pronostic





Déficience intellectuelle & cancers digestifs

Déficience intellectuelle & cancers digestifs

Cancer du colon & du rectum

Dépistage



Historique

Expérience récente Marseille

Place de la coloscopie

Les autres moyens de détecter un cancer colorectal
à la recherche des symptômes



Objectifs du dépistage

trois études contrôlées réalisées dans des populations bien définies indiquent qu'il est possible de **diminuer de 15 à 20 % la mortalité** par CCR en réalisant un test de recherche d'un saignement occulte dans les selles, tous les 2 ans chez les individus des deux sexes âgés de 50 à 74 ans [2-4].

	TAUX DE PARTICIPATION
1ere campagne 2003-2004	41.8%
2eme campagne 2005-2006	35.7%
3eme campagne 2007-2008	39.4%
4eme campagne 209-2010	36.6%

Taux de participation des 4 premières campagnes (données ARCADES)



État des lieux

Mode de découverte	Nb	%
Symptomatologie	254	88
Coloscopie de dépistage	24	8
Hémocult positif	11	4

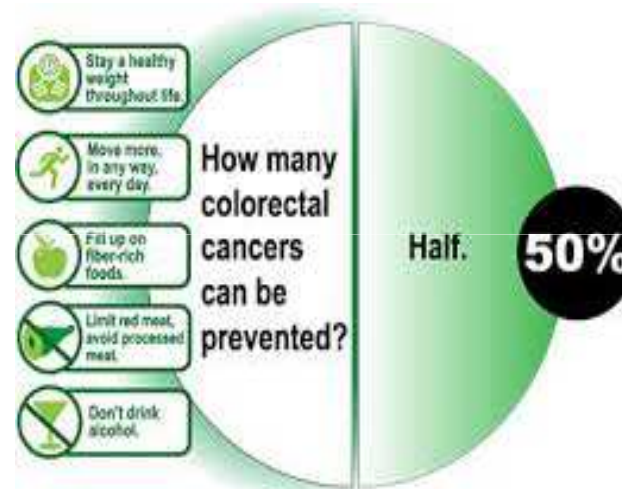


Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Deficiency intellectual & cancers digestive

Cancer du colon & du rectum

Prévention





Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Une bonne prévention

Alimentation

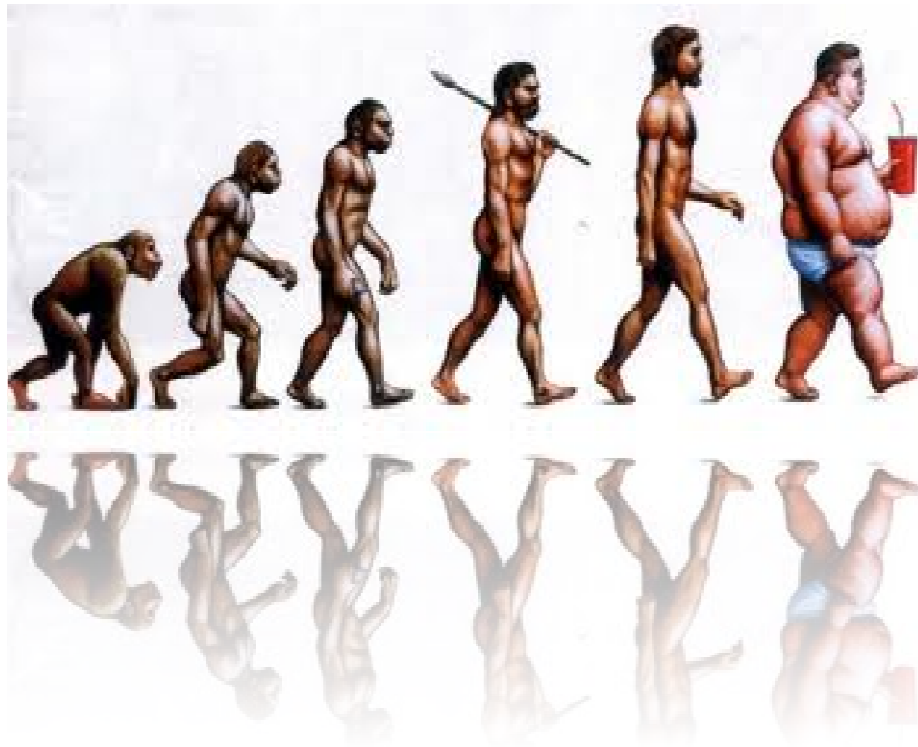




Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Deficiency intellectual & cancers digestive

Obésité



Une bonne prévention



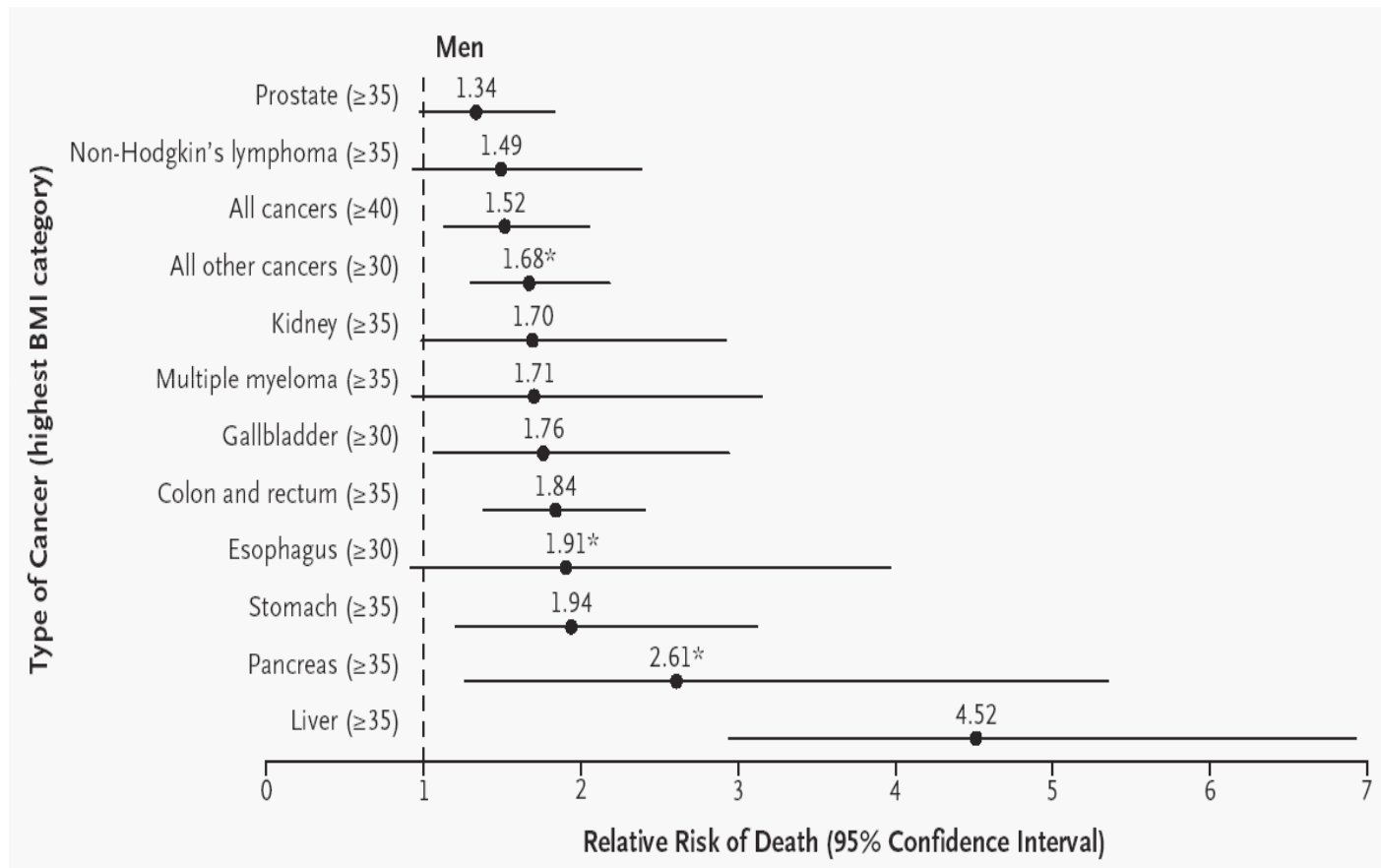


Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Une bonne prévention

Obésité



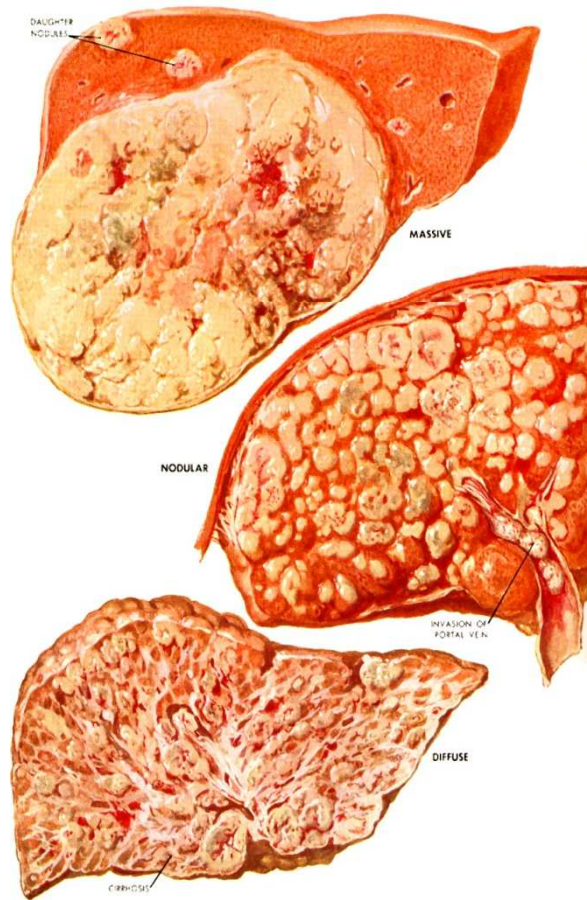
Calle et al, NEJM 2003, 348:1625-38



Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

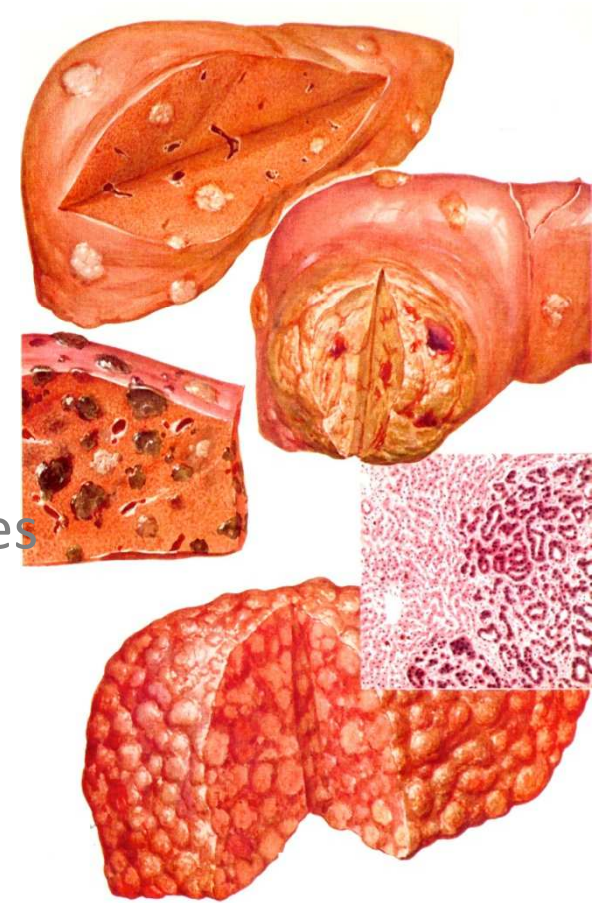
Deficiency intellectual & cancers digestifs

État des lieux



Tumeurs primitives

Tumeurs secondaires



Cancer du foie

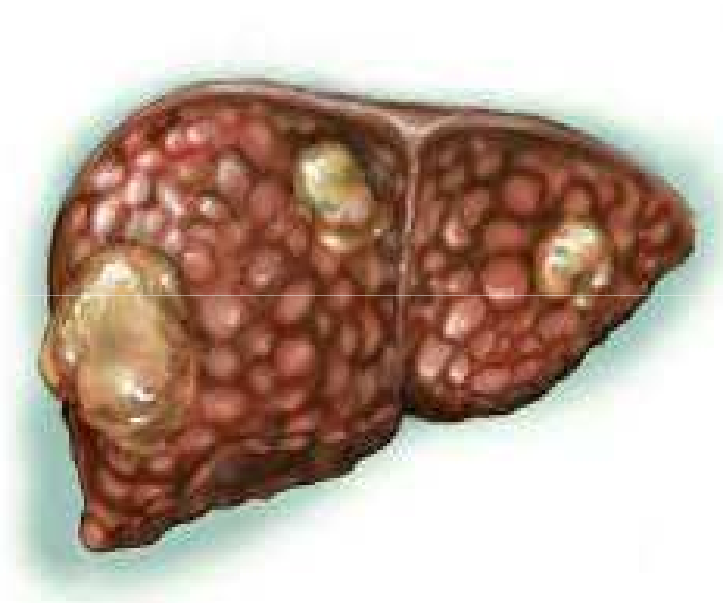


Déficiences intellectuelle & cancers digestifs

Déficiences intellectuelle & cancers digestifs

Cancer du foie

Une association redoutable





Déficience intellectuelle & cancers digestifs

Déficience intellectuelle & cancers digestifs

Une bonne prévention

Alcool



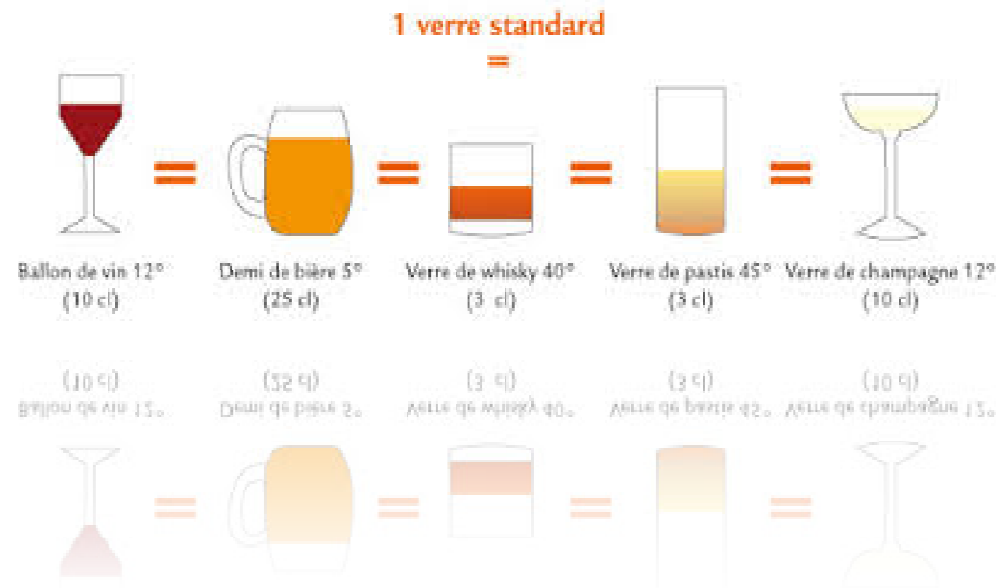


Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Une bonne prévention

Alcool



Risques de développer une cirrhose ?



Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Cancer du foie

De nouveaux tueurs

Stéatose hépatique isolé

(30%)

NAFLD (*Non alcoholic fatty liver disease*)

Stéato-hépatite

(30%)

NASH (stéatohépatite non alcoolique)

Cirrhose ou fibrose
(15%)

**Carcinome
hépatocellulaire**



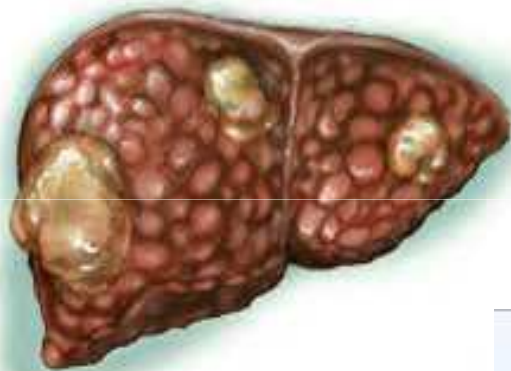


Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Cancer du foie

Une prophylaxie existe

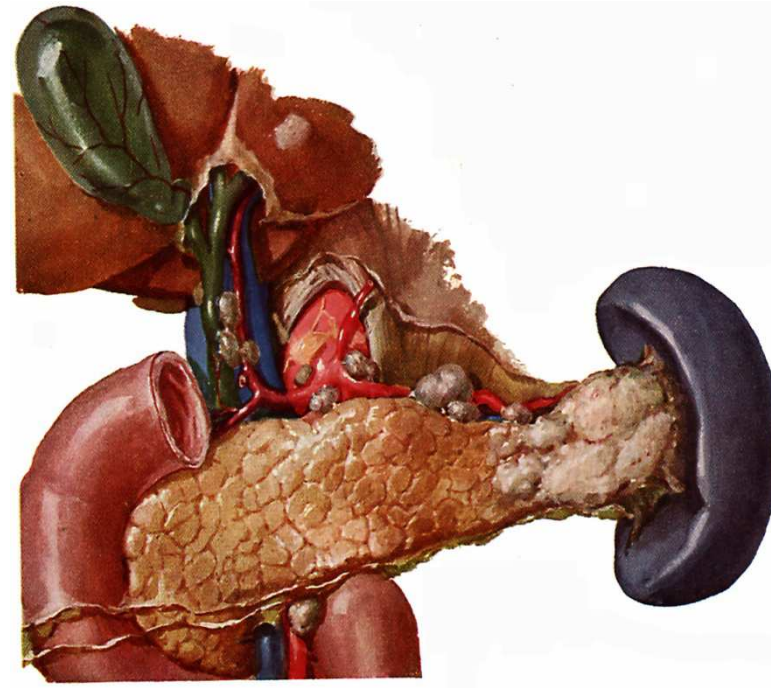




Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Cancer du pancréas



Dépistage ? Prévention ? Signes précoces ?



Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Déficiences intellectuelles & cancers digestifs

Cancer de l'estomac



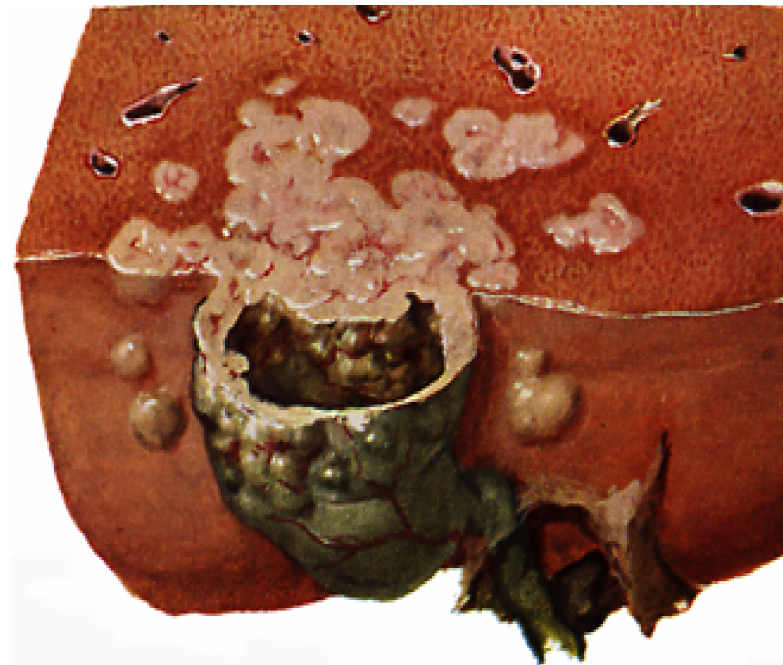


Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Cancer de la vésicule biliaire

État des lieux





Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Déficiência intellectuelle & cancers digestifs

Conclusions



Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique
Conférence CREA PACA et Corse - 29 novembre 2013 - Marseille

Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique

Dépistage et diagnostic précoce des cancers du sein

Pascal Bonnier

Institut de chirurgie et d'oncologie gynécologiques et
mammaires

Hopital Beauregard – Marseille

Bourgarel Sophie

CREAI PACA et Corse

Les cancers du sein: un problème de santé publique

Fréquence:

- 1^{er} cancer des femmes
- 1 femme sur 9
- 45 000 nouveaux cas chaque année
- augmentation du risque liée à l'âge

Augmentation de la fréquence:

- x2 entre 1980 et 2000 puis stabilisation

Les cancers du sein: un problème de santé publique

Fréquence et handicap ?

- Peu d'études et nombreux biais
- Absence de grossesse
- Trisomie 21
- Absence d'impact sur la nécessité d'un dépistage

Les cancers du sein: un problème de santé publique

Gravité

- 1^{ère} cause de décès des femmes entre 35 et 65 ans
- Mortalité de 20 à 25%
- Diminution de la gravité par le dépistage ou le diagnostic précoce
- Polémique

Femme jeune

Les cancers du sein: le dépistage

- Efficacité du dépistage par mammographie tous les deux ans entre 50 et 75 ans
- Supériorité sur tous les autres dépistages
- de 45 ans à 80 ans
- personnalisation en cas de facteurs de risque
- **mais.....**



Difficultés d'adaptation du dépistage aux femmes handicapées

- **Craintes des femmes handicapées**
- Accompagnement par le personnel compétent à tous les stades du dépistage
- **Craintes des médecins et personnels des services de radiologie**
- Accompagnement par le personnel compétent

Difficultés d'adaptation du dépistage aux femmes handicapées

- Difficultés techniques



- Des centres de radiologies formés au handicap ?

Prévention et repérage des cancers chez les personnes présentant un handicap mental ou psychique
Conférence CREAL PACA et Corse - 29 novembre 2013 - Marseille

Les autres dépistages adaptés aux femmes handicapées

- **Examen clinique** annuel par le médecin traitant
- **Echographie mammaire**



Le diagnostic précoce par le personnel soignant

Reconnaître:

- une induration mammaire ou axillaire
- une voussure
- une rétraction mamelonnaire
- une ride cutanée
- une anomalie cutanée

**L'après dépistage:
la prise en charge par une équipe spécialisée**

- Augmentation des espoirs de guérison**
- Diminution des séquelles**
- Une meilleure adaptation au handicap** des patientes
dans l'approche, l'information ...
dans la stratégie thérapeutique
- Le rôle des accompagnants spécialisés**



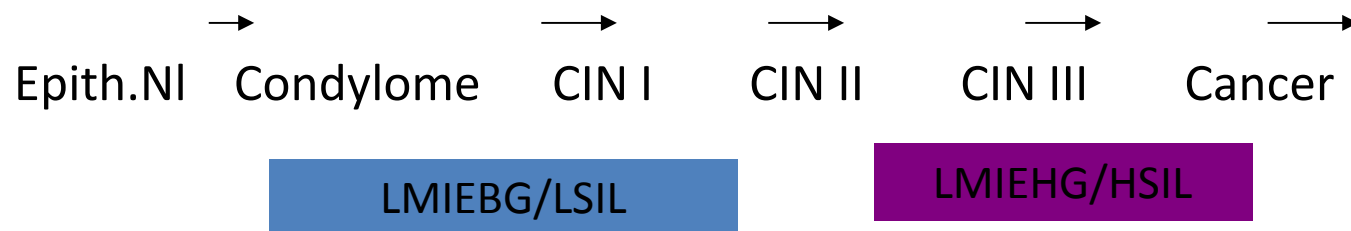
L'auto prélèvement en dépistage primaire du cancer du col utérin

Dr CP GAUTIER

Médecin coordinateur A.D.CA 84

Rappel de la carcinogénèse du col utérin

- Cancer du col : au 12^o rang avec 3200 nouveaux cas par an et 940 décès (2010)
- Les papillomavirus sont la principale cause de cancer, en France 70% des cancers sont en rapport avec les HPV 16 ou 18
- Les femmes sexuellement actives peuvent, le plus souvent lors du 1^o rapport, rencontrer ces virus, même avec des rapports non pénétrants surtout si âge précoce.
- La pathogénicité des ces virus dépend surtout de leur persistance dans l'épithélium cervical et l'on peut assister à:



Préventions possibles

➤ Prévention I : la vaccination

- ❖ 2 vaccins à disposition : bi et quadrivalent avec probablement des réactions croisées
- ❖ indiquée avant les 1^{er} rapports sexuels, actuellement à partir de 11 ans
- ❖ assurent une protection supérieure à 98 % contre les CIN II-III et les adénocarcinomes in situ

➤ Prévention II : le « dépistage » proposé à des femmes asymptomatiques par

- ❖ frottis cervico-utérin (tous les 3 ans de 25 à 65 ans)
- ❖ auto-prélèvement avec recherche HPV

Pourquoi proposer l'auto-prélèvement ?

- Le papillomavirus est nécessaire
- Le papillomavirus est détectable, mais :
 - meilleure sensibilité et spécificité pour détecter les LMIEBG et surtout $\geq$ CIN II (70% de CIN III en +),
 - permet espacement des prélèvements
 - mais ceci est fonction de l'âge (> 30 ans), et du seuil choisi pour la positivité
- Mais nécessite « triage cytologique »

	Sensibilité	Spécificité
Test HPV	96%	92%
Cytologie	53%	97%

L'autoprélèvement en pratique

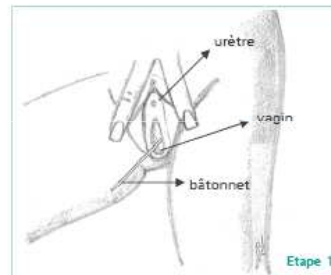
Que contient le kit?

- Un bâtonnet avec coton/éponge au bout et un tube
- Un consentement écrit à signer
- Un questionnaire de satisfaction à remplir
- Une enveloppe préaffranchie à nous retourner

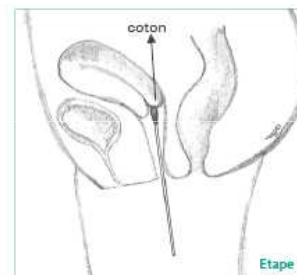


Comment effectuer l'auto-prélèvement?

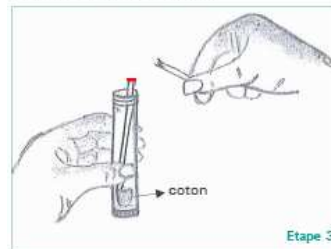
Merci d'effectuer le prélèvement comme indiqué ci-dessous :



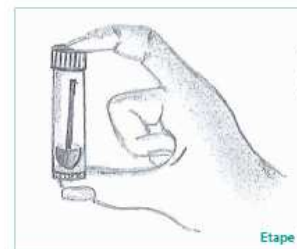
Insérez environ 10 à 15 cm du bâtonnet dans votre vagin. La partie avec le coton doit-être dans votre vagin.



Faites tourner le bâtonnet (un tour complet). Retirez-le de votre vagin.



Mettez le bâtonnet dans le tube (voir schéma). Cassez le au niveau de l'encoche (trait rouge indiqué).



Fermez le tube avec le bouchon.

Qui réalise ce test ?

Après compréhension de l'intérêt et de l'importance du test, **acceptation** et appropriation de la technique :

- Idéalement la patiente elle-même
- Une infirmière soit de l'établissement, soit dédiée à ce dépistage

Et donc l'acceptation du test

- Suppose que l'on accepte le test et ses contraintes
- Suppose que l'on accepte l'examen gynécologique si le test est positif,
- Suppose que l'on accepte les Biopsies
- Suppose que l'on accepte les traitements

Si l'on espère une efficacité ..

- Plus de 50% de la population cible doit participer
- 100% des cas « positifs » sont suivis et traités
- la recherche des cas est continue elle n'est pas exécutée une fois pour toutes

(actuellement proposé aux femmes âgées de 25 à 65 ans tous les 3 ans)

CANCERS CUTANES

Professeur Philippe BERBIS
Service de Dermatologie
Hôpital Nord
CHU de Marseille

CANCERS CUTANES

- Carcinomes
- Mélanomes

On distingue deux grands types de carcinomes cutanés épithéliaux.

Les **carcinomes basocellulaires**

les plus fréquents (2/3 des carcinomes cutanés chez le sujet immunocompétent)

tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale qui ne métastasent pour ainsi dire jamais.

Les **carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes** évolution locale beaucoup plus agressive et peuvent métastaser

CARCINOME BASOCELLULAIRE

- Les CBC touchent en France environ 70 individus pour 100 000 habitants par an.
- Australie, incidence estimée à 400 cas pour 100 000 habitants par an.
- La plupart des carcinomes cutanés surviennent après 50 ans
- Actuellement il n'est pas exceptionnel de voir des carcinomes avant 50 ans

CARCINOME BASOCELLULAIRE

- le plus fréquent des carcinomes cutanés
- zones photoexposées dans plus de 85 % des cas.
- Localisation muqueuse ou palmo-plantaire exceptionnelle.
- Le CBC ne métastase pas mais a un potentiel invasif local pouvant entraîner une destruction tissulaire importante et la mort.
- Son incidence maximale est située entre 45 et 60 ans, sans prédominance de sexe.

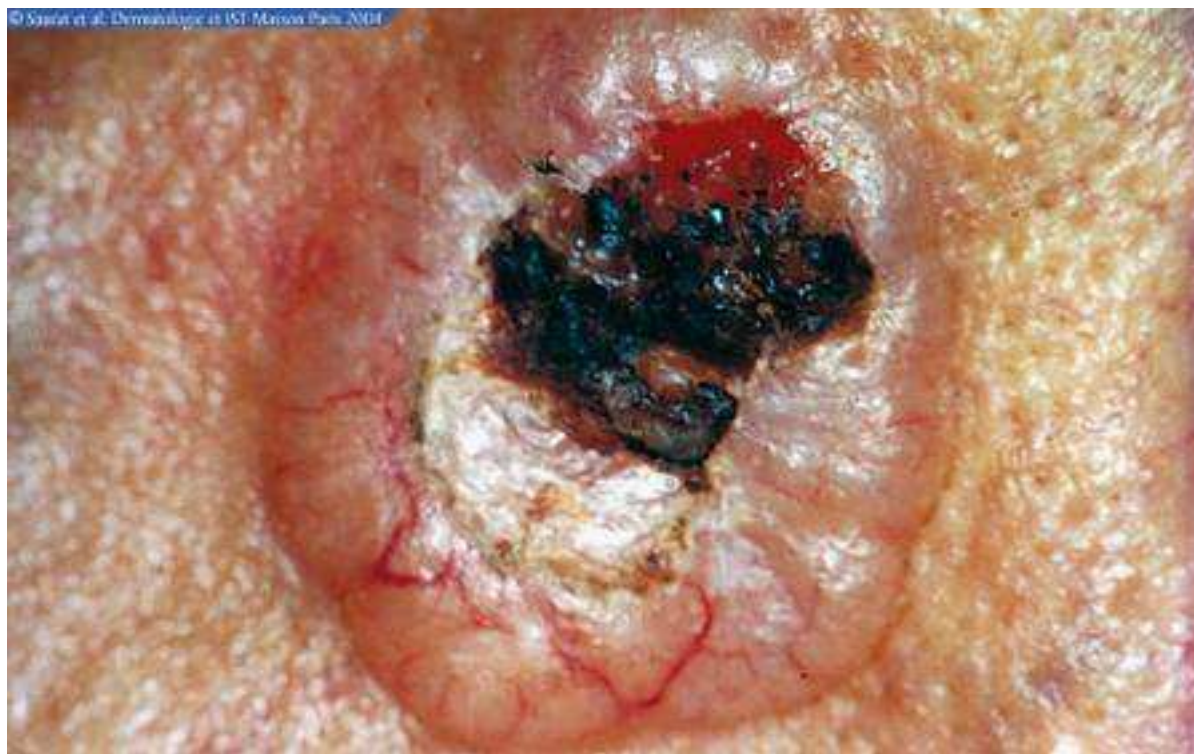


CARCINOME BASOCELLULAIRE

- Typiquement le CBC est une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui va s'étaler progressivement.







CARCINOME BASOCELLULAIRE

- Le carcinome basocellulaire **nodulaire** est une tumeur ferme, bien limitée, lisse, pouvant simuler une lésion kystique.





CARCINOME BASOCELLULAIRE

- Le carcinome basocellulaire **sclérodermique** (5% des cas) associe une intense fibrose à la prolifération tumorale et se présente sous la forme d'un placard atrophique infiltré mal limité.
- Cette forme récidive plus volontiers.





CARCINOME BASOCELLULAIRE

- Le carcinome basocellulaire **superficiel** ou **pagétoïde** est une plaque à peine surélevée d'évolution très lente et centrifuge, ayant volontiers une bordure perlée qui s'observe sur le tronc surtout





CARCINOME BASOCELLULAIRE

- Des formes **pigmentées** ou **tatouées** sont liées à la présence dans la tumeur de pigments mélaniques et sont parfois de diagnostic difficile avec une tumeur mélanocytaire



Tumeurs conjonctives bénignes



Carcinome basocellulaire

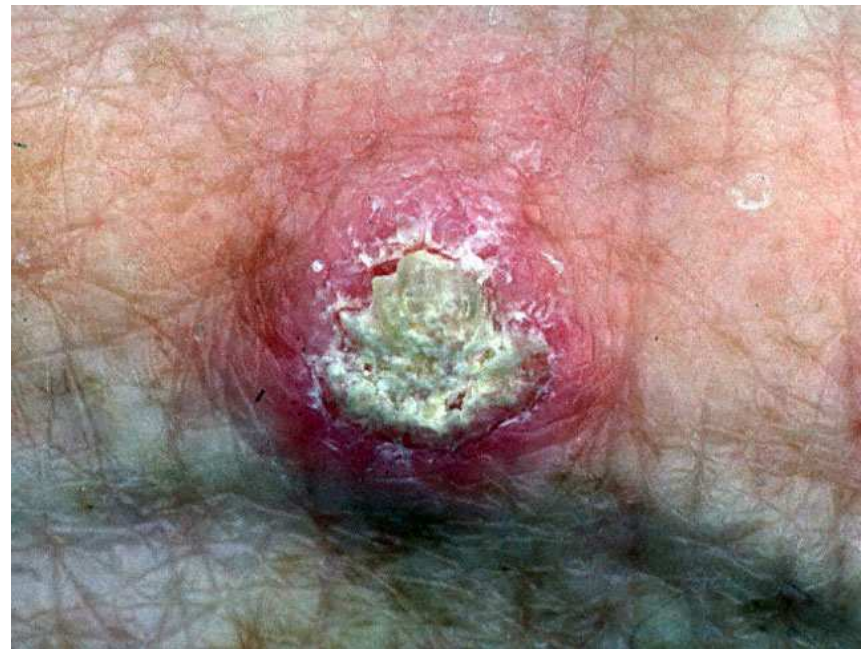
- Traitement
- **Traitement de première intention: Chirurgie+++++**
- permet un contrôle des marges histologiques de la
- pièce d'exérèse et donc d'affirmer son caractère complet ou non;
- Les marges vont de quelques millimètres (4 mm à 1 cm en
- fonction des critères pronostiques de la tumeur. Elle va de la
- simple exérèse-suture en ambulatoire à l'exérèse en deux temps
- avec reconstruction plastique sous anesthésie générale.

Carcinome basocellulaire

- Autres Traitements
- **Pour des lésions superficielles:**
- * **Phothérapie dynamique**
- * **immunomodulateur topique: Imiquimod**
- * **Chimiothérapie locale EFFUDiX**
- * **Cryothérapie**
- **En cas de patients inopérables**
- * **radiothérapie**
- * **cryochirurgie**
- * **chimiothérapie (Cisplatine, 5FU)**

CARCINOMES EPIDERMOIDES

- Incidence plus faible que celle des CBC: 10 à 20 pour 100 000 habitants/an en France chez l'homme et 5 à 10/100 000 habitants chez la femme.
- Australie, l'incidence est de 250 pour 100 000 habitants



CARCINOMES EPIDERMOIDES

- Contrairement au CBC, le CE survient volontiers sur une **lésion précancéreuse**.
- kératoses UV-induites (kératoses actiniques),
- radiodermites
- brûlures

- Attention aux plaies chroniques



KA: Choix thérapeutiques

- - **Azote liquide**
- - **Chimiothérapie locale Efudix:**
- - **Immunomodulateur topique : Imiquimod (Aldara[®])**
- - **Photothérapie dynamique également en évaluation**
- - **Diclofenac 3% récemment mis sur le marché (Solaraze[®])**

CARCINOMES EPIDERMOIDES

- L'exposition solaire chronique est le facteur causal principal.
- Les lésions sont situées surtout chez les personnes âgées dans les zones photo-exposées.
- Les phototypes clairs sont plus touchés



CARCINOMES EPIDERMOIDES

- Le deuxième facteur carcinogène important est d'origine virale: il s'agit des papillomavirus oncogènes. L'infection par ces virus prédispose aux carcinomes épidermoïdes des muqueuses.
- Ainsi, une grande majorité des cancers du col de l'utérus et de l'anus sont liés à des HPV oncogènes.
- Des HPV semblent aussi jouer un rôle dans la survenue très fréquente de carcinomes épidermoïdes cutanés dans la population des sujets greffés immunodéprimés

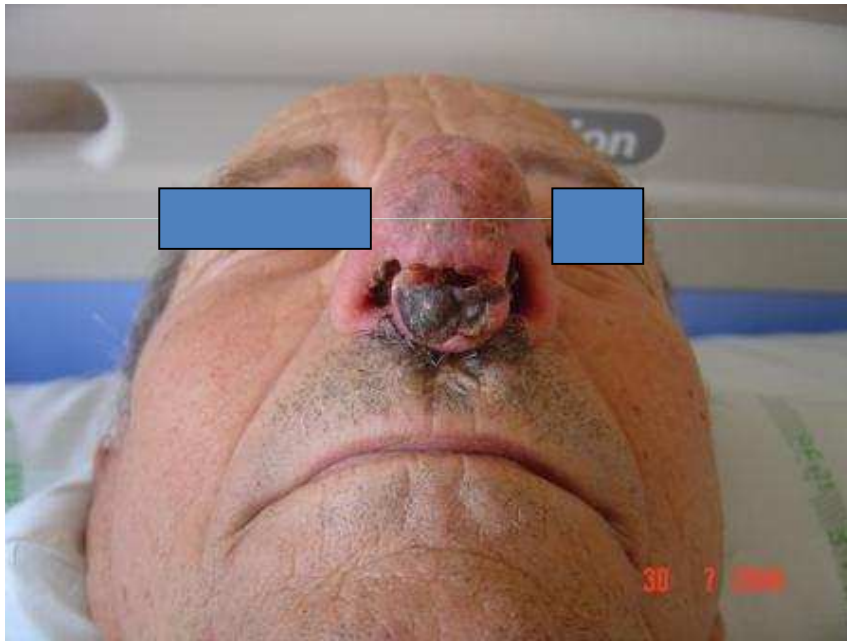


CARCINOMES EPIDERMOIDES

- Il s'agit typiquement d'une lésion **croûteuse, jaunâtre, indurée avec ulcération centrale.**
- Elle peut parfois prendre un caractère **végétant ou bourgeonnant.**



CARCINOME EPIDERMIOIDE



CARCINOMES EPIDERMOIDES

- Il s'agit typiquement d'une lésion croûteuse, jaunâtre, indurée avec ulcération centrale.
- Elle peut parfois prendre un caractère végétant ou bourgeonnant.





CARCINOME EPIDERMIOIDE

- **Le carcinome intraépithelial (in situ) ou maladie de Bowen est** une lésion strictement limité à l'épiderme et n'ayant pas franchi la membrane basale.
- Se présente comme une macule érythémateuse rosée ou brune, bien limitée, de caractère fixe.





- Les carcinomes muqueux (lèvres et régions génitales), sont de moins bon
- pronostic du fait de la plus grande fréquence d'une extension ganglionnaire.











- **Chirurgie : méthode de choix**
- **Marges entre 5 mm et 1 cm pour une simple excision-suture**
- **Chirurgie de Moh's, chirurgie en deux temps dans les cas**
- **Radiothérapie pour cas inopérables**

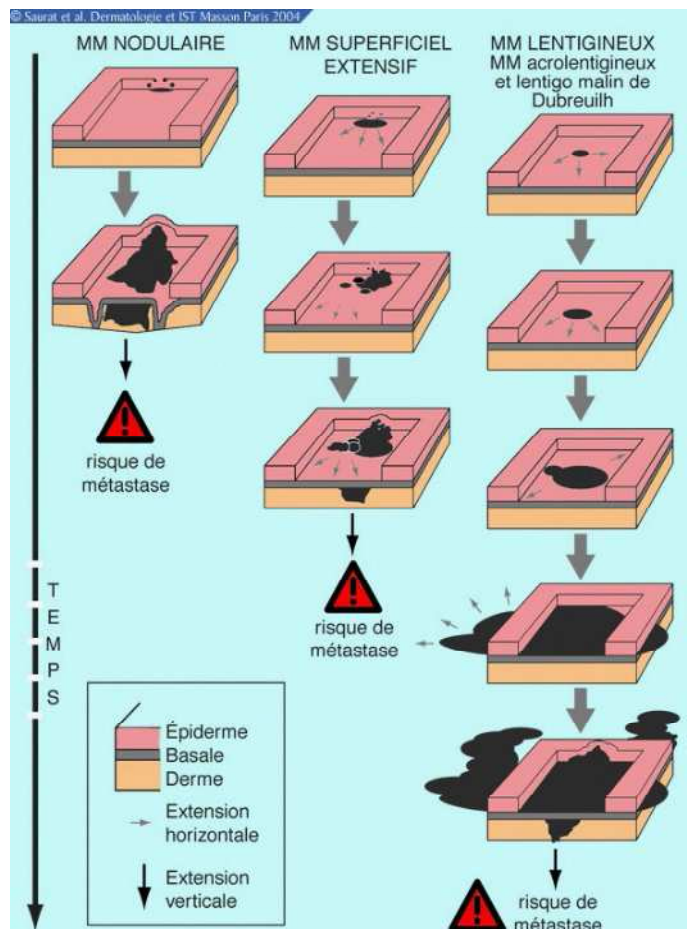
MELANOMES MALINS

- Les **mélanomes** sont des tumeurs malignes développées aux dépends des mélanocytes, les
- cellules qui fabriquent le pigment de la peau. Le terme **naevus** désigne une prolifération
- circonscrite bénigne de mélanocytes dans la peau.

- L'incidence du mélanome **double environ tous les 10 ans** dans les pays à population
- essentiellement blanche.
- En France, et dans la plupart des pays d'Europe, on estime l'incidence à **5 à 10 nouveaux cas/100.000** habitants et par an.
- Cette incidence atteint des sommets (40 nouveaux cas/100.000 habitants et par an) chez les blancs en Australie
- C'est une tumeur qui touche **tous les âges**, en dehors de l'enfant chez qui le mélanome est exceptionnel.
- La mortalité (1.2 à 1.5/ 100.000 en France, autour de 5 en Australie) tend à augmenter moins que
- l'incidence, ce qui peut être attribué au diagnostic plus précoce.

- Le soleil est le **seul** facteur d'environnement impliqué dans l'épidémiologie du mélanome.
- De nombreuses études épidémiologiques descriptives et cas-témoins attribuent le rôle majeur aux expositions **intermittentes** et à celles reçues dans l'**enfance**.
- L'exposition aux UV des cabines de bronzage est également un facteur de risque.
- Les coups de soleil contractés pendant l'enfance sont un facteur de risque de mélanome et leur prévention une démarche essentielle de prévention primaire.

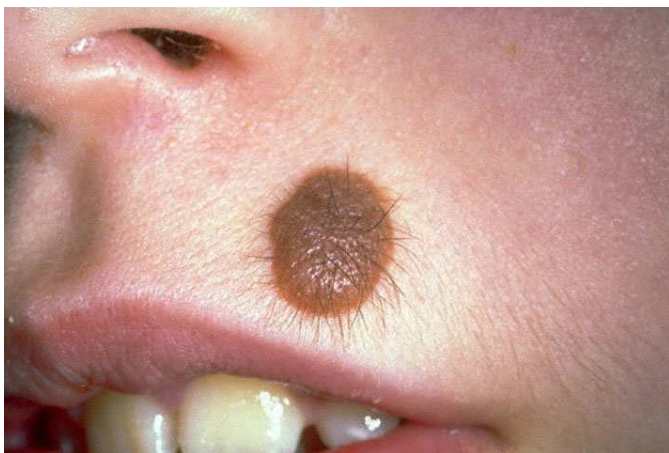
MELANOME



- **Les marqueurs de risque de mélanome**
- les antécédents **familiaux** de mélanome
- les antécédents **personnels** de mélanome (les mêmes causes produisent les mêmes effets)
- la couleur claire de la **peau** et des cheveux et en particulier le marqueur **roux** avec des éphélides, cheveux roux, blond vénitien ou auburn
- un **nombre élevé de naevus** : le risque augmente avec le nombre de naevus et le “ Syndrome du naevus atypique ” représente l'extrême du phénotype naevique à risque
- des antécédents d'**expositions** solaires **intenses** au cours des loisirs , avec coups de soleil.

- la plupart des **mélanomes naissent de novo**, hors de tout précurseur identifiable et occasionnellement d'un naevus.
- Le risque de transformation maligne des **petits naevus "communs"** est quasi nul.
- Seuls les grands naevus congénitaux (> 20 cm à l'âge adulte ou 6 cm à la naissance) ou d'apparition précoce dans la vie, ont un risque de transformation relativement élevé.

NAEVI BENINS



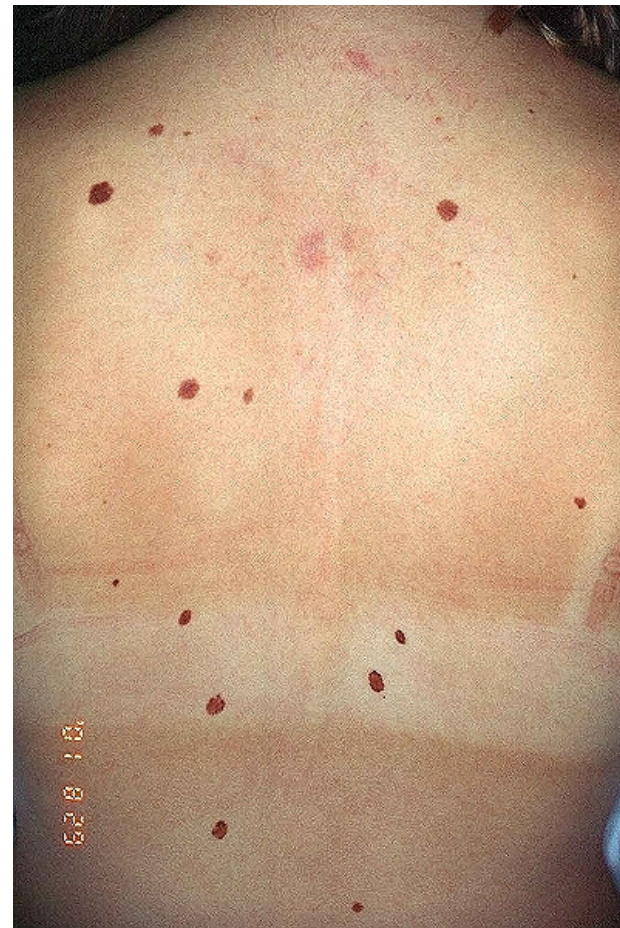




Halo-Naevus



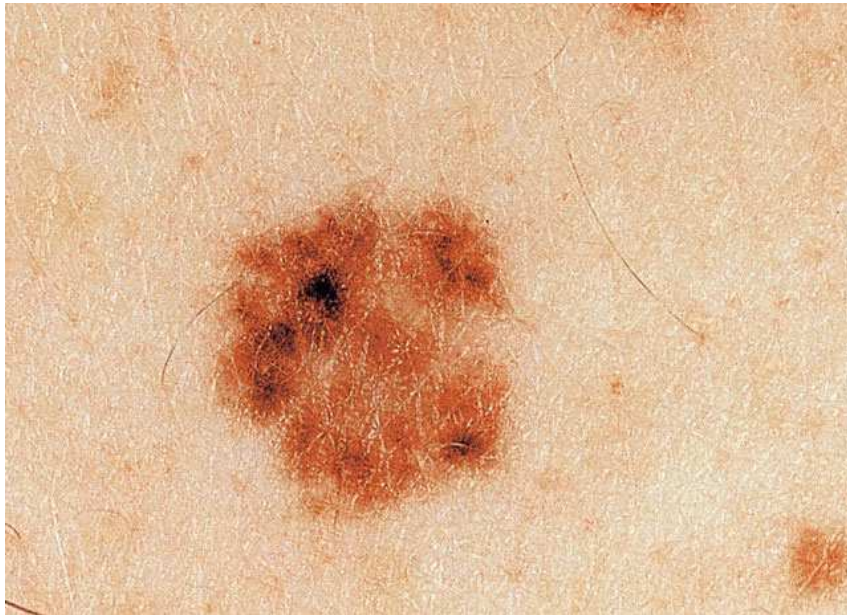
NAEVI ATYPIQUES



NAEVI ATYPIQUES



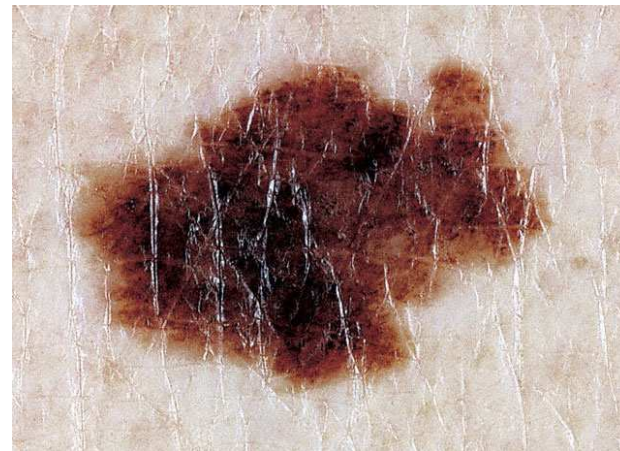
Naevi atypiques



MELANOME MALIN

- Un mélanome se présente habituellement sous la forme d'une lésion **asymétrique (A)**, à **bords (B) irréguliers**.
- La **couleur (C)** est inhomogène avec des nuances variables dans les teintes du brun au noir, mais aussi des zones décolorées blanches ou inflammatoires rouges ou cicatricielles bleutées.
- L'évolutivité, documentée par l'interrogatoire, se traduit par un **diamètre (D)** de la lésion supérieur à 6 mm ou l'augmentation de ce diamètre et par la notion d'**évolution ou extension (E)**

- lésion **asymétrique (A)**,



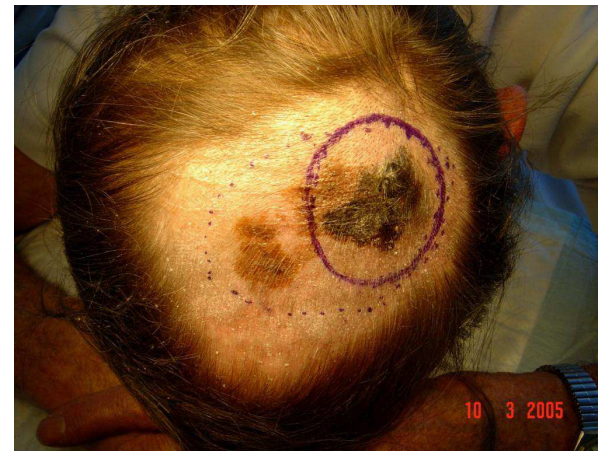
- à **bords**
- **(B) irréguliers.** Les bords nettement délimités par rapport à la peau ambiante sont souvent
- encochés ou polycycliques ou se prolongent en coulées d'encre accentuant l'asymétrie de la



- La **couleur (C)** est inhomogène avec des nuances variables dans les teintes du brun au noir, mais aussi des zones décolorées blanches ou inflammatoires rouges ou cicatricielles
- bleutées.

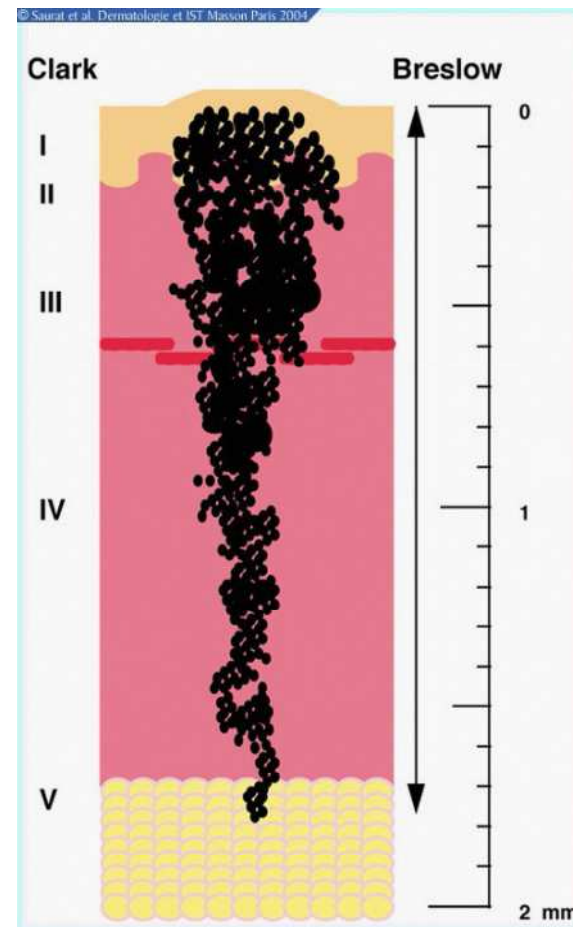


- L'évolutivité, documentée par l'interrogatoire, se traduit par un **diamètre (D)** de la lésion
- supérieur à 6 mm ou l'augmentation de ce diamètre et par la notion d'**évolution ou extension (E)**
- permanente de la lésion, changeant non seulement de taille, mais aussi de forme, de couleur et de
- relief. Ce critère E peut quelquefois être documenté par des photographies comparatives.



MELANOME MALIN

- Le diagnostic de mélanome est évoqué cliniquement mais c'est l'analyse microscopique qui confirme le diagnostic et indique les éléments pronostiques
- Pas de biopsie, exérèse d'emblée
- Indice de BRESLOW+++++



MELANOME : pronostic

	R récidive	R décès 5 ans	R décès 10 ans
M. PRIMITIF			
intraépidermique	0%		
Br: 0,2 - 0,75 mm	< 10 %	< 5 %	< 5 %
Br: 0,75 - 1,5 mm	20 %	10 %	15 %
Br: 1,5 - 4 mm	40%	30 %	40%
Br: > 4 mm	70 %	40 %	50 %
ATTEINTE GANGLIONNAIRE			
1 adénopathie	70%	50 %	> 60 %
> 4 adénopathies	>80 %	>70%	> 80%
ATTEINTE METASTATIQUE VISCERALE : médiane de survie: 6 mois			

NECESSITE ABSOLUE D'UN DEPISTAGE PRECOCE+++++

Mélanome: traitement

Intérêt majeur du diagnostic précoce

Exérèse chirurgicale par exérèse-suture ou greffe

Marge:

- Intra-épidermique : 0,5 cm
- Br $\leq$ 1mm: 1 cm
- Br >1 mm: 2 cm

+/- ganglion sentinelle. Pas systématique. Intérêt comme marqueur pronostique

Traitement adjuvant:

- Interféron possible si Breslow > 1,5 mm

Surveillance clinique +/- écho aires ggl. +/- TDM thorax-abdomen-crâne

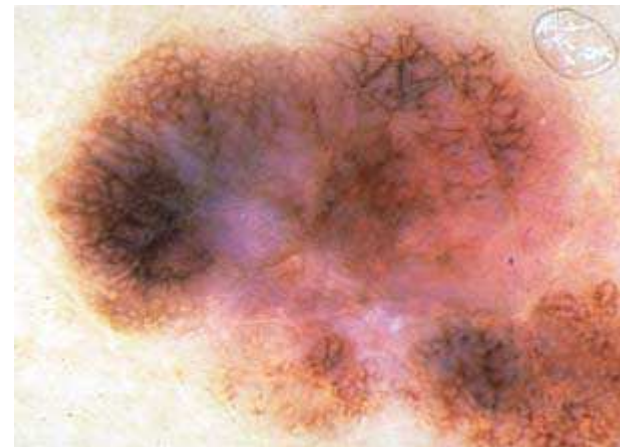
Atteinte du 1er relais ganglionnaire :

- ▣ Curage
- ▣ +/- Traitement adjuvant par interféron

Atteinte cutanée : métastase en transit

- ▣ Chirurgie +/- Interféron en adjuvant,
- ▣ Chimiothérapie si chirurgie extralésionnelle impossible

DERMOSCOPIE



Kératoses séborrheiques



Kératoses seborrheiques



Melanome achromique



Angiomes rubis



DUBREUILH

- mélanome **de Dubreuilh** (5 à 10 % des cas) des zones cutanées atrophiques par des
- expositions solaires régulières pendant des décennies (visage du sujet âgé).



Melanome de Dubreuilh



KERATOSES PIGMENTEES



LENTIGINES D'HELIODERMIE



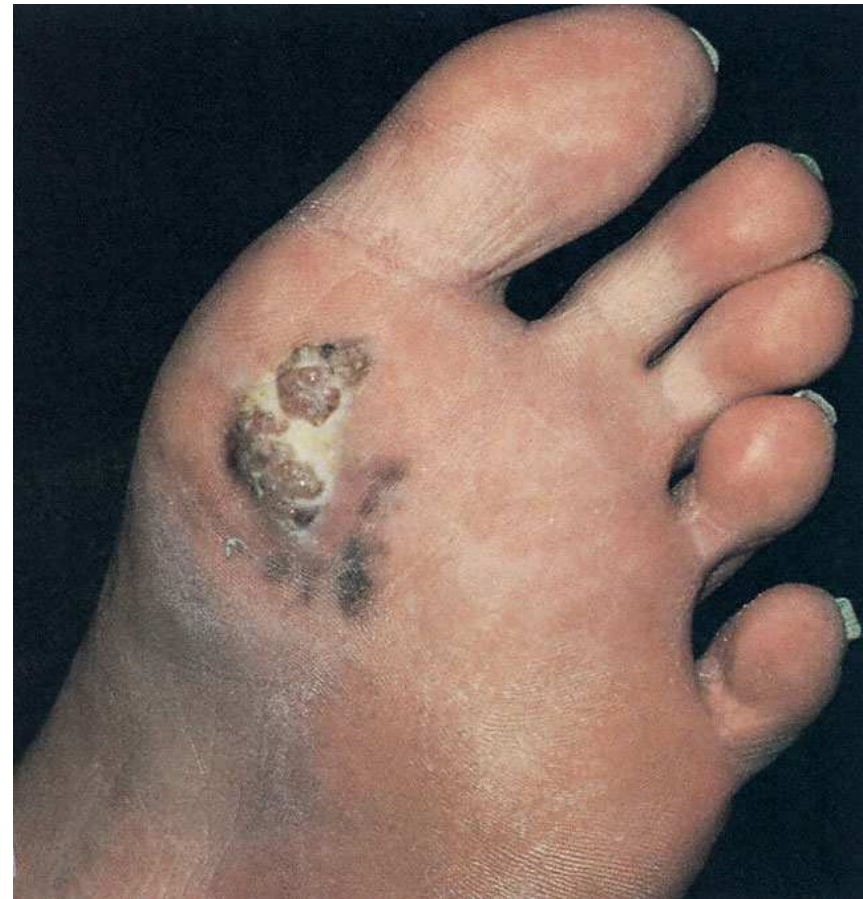
- mélanome **acral** (2 à 10 % des cas) des paumes, plantes et ongles



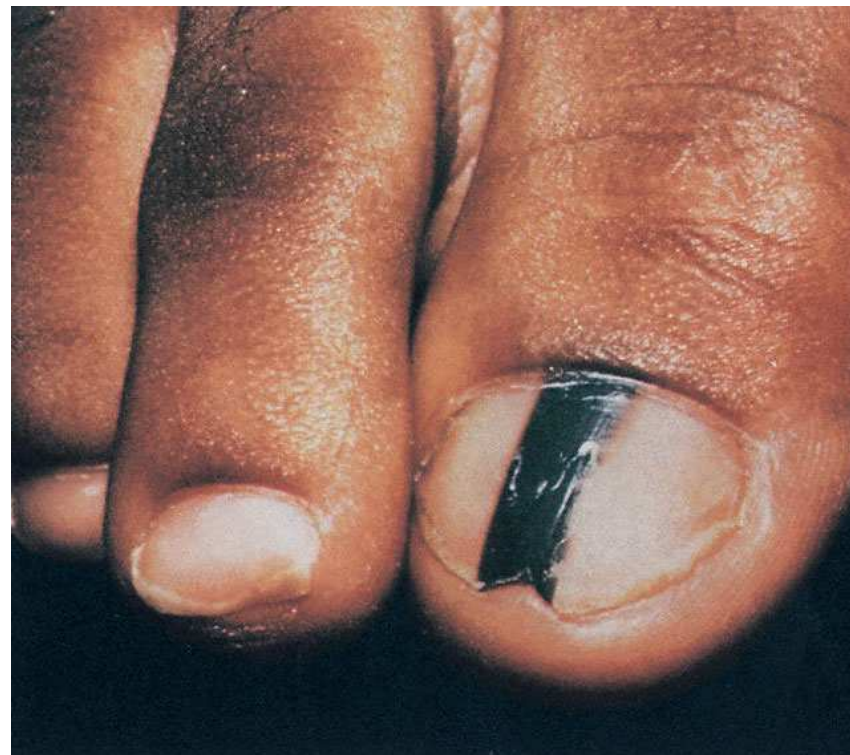
MELANOME ACRAL



Melanome acral



MELANOME UNGUEAL



Signe de Hutchinson

MELANOME ONGLE





Diagnostic différentiel



Hématome unguéal



Hématome unguéal



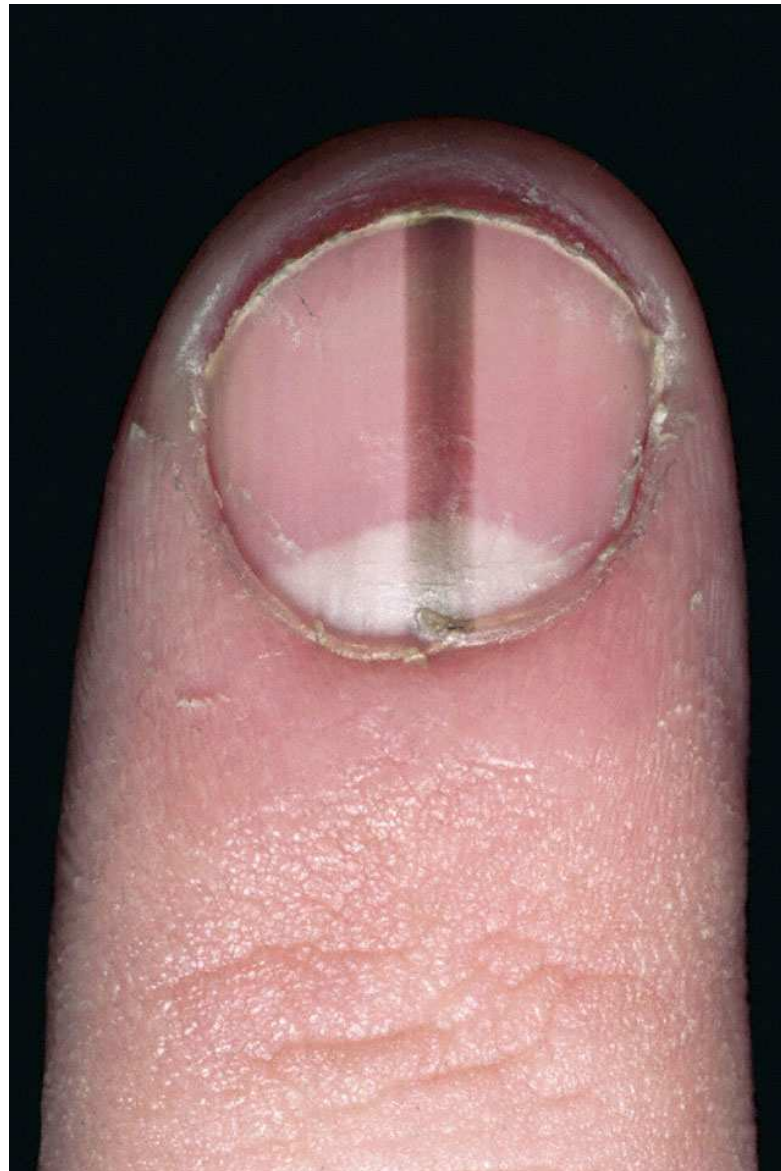


Diagnostic différentiel



Diagnostic différentiel





Maladie de KAPOSI



METASTASES CUTANEEES





CREAI PACA et Corse
Novembre 2013



Avec le soutien financier du département de Vaucluse

