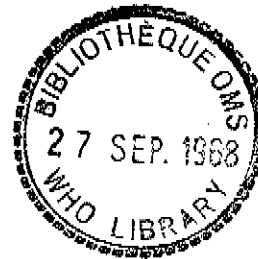




COMITE D'EXPERTS DU DEPISTAGE PRECOCE DU CANCER

11-16 novembre 1968



RAPPORT SUR LE MOUVEMENT HONGROIS POUR LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CANCER

par

le Professeur J. Rodé et le Dr A. Nagy

Le dépistage est effectué en Hongrie par les centres anticancéreux créés dans les usines et les villages et dont la tâche essentielle consiste à appliquer le programme de dépistage précoce du cancer des organes génitaux féminins. Le fonctionnement de ces centres est assuré par des médecins à plein temps qui examinent les femmes venues les consulter spontanément ou convoquées individuellement; en cas de nécessité, ces médecins sont aidés par des gynécologues consultants qui leur apportent chaque semaine leurs concours, à jours et à heures fixes.

Une ou deux fois par an, des campagnes de dépistage soigneusement préparées sont lancées dans les usines à l'aide de films, d'affiches, de brochures, de propagande directe, de conférences, etc. Ces campagnes peuvent être plus fréquentes, si le nombre des travailleurs employés par l'usine le justifie.

Comme on le verra plus loin, nous avons effectué chaque année, dans le cadre de ce système de dépistage systématique des cancers des organes génitaux, 400 000 à 500 000 examens, ce qui représente environ 20 % de la population féminine de 30 à 69 ans. Nous espérons pouvoir faire mieux, en procédant notamment à l'examen oncologique des malades hospitalisées. Ces examens des malades hospitalisées fournissent des éléments d'appréciation légèrement faussés, mais qui peuvent, bien entendu, être facilement séparés des observations concernant le groupe cité plus haut. Grâce à ces examens, nous espérons augmenter de 150 000 à 200 000 le nombre total des examens de dépistage effectués chaque année.

Au cours d'une période de 16 ans, nous avons procédé à 7 330 175 examens (voir tableau 1), qui nous ont permis de déceler 19 873 cas d'affections malignes. Ce nombre de cas représentait, pour la période en question, 0,27 % de la totalité des sujets examinés. Nous donnerons plus loin une analyse plus détaillée des résultats de l'année 1967 (la dernière pour laquelle nous possédions des données complètes) et nous démontrerons aussi l'efficacité du dépistage en indiquant le nombre de cas de pré-cancers, tumeurs bénignes et autres altérations pathologiques que ces examens ont permis de déceler et qui ont été dirigés pour traitement sur les établissements appropriés. Le chiffre élevé des examens pour ces 16 années s'explique par le fait qu'un nombre considérable de femmes de 30 à 69 ans ont subi plusieurs examens au cours de cette période, parfois même au cours d'une seule année.

Comme l'indique le tableau 1, on constate que la proportion de cas pathologiques dépistés a tendance à se stabiliser depuis 1960. Les fluctuations du nombre des dépistages entre 1952 et 1956 étaient probablement dues au manque de préparation des omnipraticiens affectés à ce travail. Peut-être étaient-elles dues aussi au manque d'équipement.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Vers la fin des années cinquante, tous les centres anticancéreux et toutes les salles des services de consultations externes ont été dotés de colposcopes et des cours obligatoires de gynécologie ont été organisés à l'intention de médecins chargés du dépistage. Ceux-ci ont également été initiés aux méthodes de dépistage des cancers de différents autres organes. Au cours de la période 1960-67, on a créé 39 centres de cytodagnostic qui sont tous actuellement en activité. Le fonctionnement de ces centres est assuré par des pathologistes spécialisés en cytologie, aidés d'assistants spécialisés. L'ensemble de ce réseau permet d'examiner environ 80 000 frottis chaque année, chiffre encore insuffisant au regard des 500 000 qui seraient nécessaires chaque année. En conséquence, nous étudions les moyens d'étendre l'action de ces centres. Nous envisageons aussi de faire de l'examen cytologique une première étape qui permettrait de sélectionner les malades qui doivent être mises en observation.

Les 20 000 cas décelés dans le cadre du programme de dépistage précoce ont été confirmés par un examen histologique dans la proportion de près de 100 %; c'étaient en majorité des cancers de l'appareil génital et du sein.

Nous avons pu constater que la méthode utilisée actuellement pour le dépistage précoce du cancer des organes génitaux féminins, complétée par le test de Schiller, pouvait permettre de déceler suffisamment tôt les altérations de la surface du col de l'utérus et de dépister la majorité des cancers du col au stade de début. Il restera toujours cependant un certain pourcentage d'épithéliomas du col de l'utérus non dépistés, particulièrement chez les femmes qui ne présentent pas de symptômes apparents.

Le tableau 2 présente une analyse qualitative des examens de dépistage et indique la progression des pourcentages de cancers du col de l'utérus et des cancers du sein de trois ans en trois ans. Pour le cancer du col de l'utérus, on a utilisé le système de répartition par stades de Heymann et pour celui du sein, le système de Steinthal; environ 200 gynécologues et oncologues ont adopté la répartition par stades. Le système TNM qui a été introduit dans les institutions plus importantes au cours de ces dernières années n'est pas encore adopté pour le dépistage en raison des difficultés de comparaison qu'il entraîne.

Le nombre de cas de cancers du sein dépistés précocement au cours de la période considérée s'est maintenu à un niveau relativement constant, à l'exception d'un écart inexplicable en 1968. La proportion de cancers du sein dépistés au premier et au second stade a varié de 70 % à 80 %. Le nombre de cancers à un stade avancé chez les sujets qui se sont fait examiner spontanément est éloquent et traduit de façon très nette le cas des femmes qui ont consulté le médecin trop tard, après avoir négligé les symptômes.

Examinant le nombre absolu de cancers décelés au cours des examens, nous avons été frappés de constater un accroissement du nombre des diagnostics de cancer du sein au cours de la période 1960-67, alors que, pendant cette même période, l'incidence du cancer du col de l'utérus demeurait relativement constante. On peut probablement expliquer ce phénomène par les examens répétés qu'ont subis des femmes chez qui les lésions précancéreuses ou d'autres affections gynécologiques avaient déjà été observées et guéries au cours des années précédentes. Une diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus s'est manifestée non seulement dans les statistiques des examens de dépistage, mais aussi, encore qu'à un degré moindre, dans les relevés établis pour l'ensemble du pays. Il serait inexact d'attribuer cette tendance favorable aux seuls examens de dépistage, bien que ceux-ci y aient, dans une certaine mesure, contribué.

Comme nous l'avons dit, le dépistage systématique a pour résultat immédiat la découverte et le traitement des lésions gynécologiques, mais on peut aussi considérer qu'il agit comme catalyseur de la médecine gynécologique. Depuis que l'on a entrepris des examens oncologiques systématiques, les examens des gynécologues se font de plus en plus précis.

En 1955, le nombre de cas de cancers du col de l'utérus opérables (stades 0 et I) ne représentait que 23,9 % de la totalité des cas dépistés; ce pourcentage a augmenté pour atteindre le chiffre de 45,1 % en 1967. Le nombre total des cancers aux stades 0, I et II correspondait à 75,1 % de la totalité des cas. On peut, à ces stades, classer les cas dans la catégorie des affections guérissables.

Les tableaux 1 et 2 démontrent l'efficacité du dépistage systématique. La documentation utilisée porte sur des cas de tumeurs malignes et a été examinée avec une particulière attention (496 646 examens en 1967). Les examens de dépistage ont été contrôlés par des observations aléatoires auxquelles a procédé l'Institut national d'Oncologie et par des consultations avec les principaux oncologistes du pays.

Deux méthodes ont été utilisées pour le contrôle du matériel. La première comportait l'observation ultérieure de l'état des malades chez qui le dépistage systématique avait révélé des lésions à un stade de début; toutefois, ce procédé ne s'applique qu'aux cas dépistés et ne permet pas d'obtenir des renseignements sur les cas qui n'ont pas encore été décelés; l'autre méthode consiste à comparer les résultats du dépistage systématique à ceux qui ont été obtenus par des oncologistes expérimentés.

On termine actuellement l'enregistrement des données concernant les malades chez qui des lésions tumorales ont été décelées lors des séances de dépistage au cours de la période considérée et l'évaluation de ces données sera publiée ultérieurement. Appliquant la seconde méthode de contrôle, nous donnons dans un tableau une analyse des examens auxquels ont procédé dix grands oncologistes au cours de la période 1963-67. La proportion de cancers aux stades de début relevés par ces spécialistes est plus favorable que la moyenne pour l'ensemble du pays. Les résultats plus précis qu'ils ont obtenus s'expliquent par une formation professionnelle plus poussée, par une longue expérience du colposcope et, enfin, ce qui est plus important encore, par l'utilisation plus systématique des méthodes cytologiques; quant aux chiffres moins inquiétants auxquels ils sont arrivés pour le cancer du sein, ils peuvent être attribués au fait que les malades chez qui on avait décelé des lésions du sein ont été suivies.

Le tableau 4 présente des statistiques établies d'après les résultats des examens de dépistage de 1967. (Le nombre des examens et des cas positifs ne concordent pas exactement, du fait qu'on a parfois décelé plus d'une maladie chez une seule malade.)

Les examens systématiques ont permis de dépister 1481 tumeurs malignes en 1967. Les tumeurs de l'appareil génital féminin représentent plus de la moitié de ce total. On n'a pas établi de répartition plus poussée pour ce groupe, mais une telle répartition aurait certainement montré que les examens de dépistage révèlent chaque année un accroissement impressionnant des cancers de l'utérus et des ovaires.

Selon une opinion universellement répandue, le dépistage systématique est très onéreux du fait que le nombre de tumeurs malignes qu'il permet de déceler est assez faible. Pour 1967, la proportion était de 3 pour 1000 femmes examinées. Toutefois, les résultats obtenus dans la pratique (et qui sont consignés dans les tableaux ci-après) peuvent infliger un démenti à ce point de vue, surtout si on les examine dans l'optique de la prévention.

Chez 20 % environ des femmes examinées (le chiffre de 23 % qui figure dans le tableau 4 s'applique aux diagnostics, dont le nombre n'est pas identique à celui des sujets examinés), on a décelé certaines lésions qui nécessitaient soit un traitement, soit une mise en observation. Pour tenter d'éviter le cancer à ces femmes, on les a dirigées sur des instituts dans lesquels elles pouvaient recevoir des soins et un traitement. Nous sommes convaincus que le traitement d'affections simples de l'appareil génital féminin diminue les risques de cancer. Les mastopathies qui ne répondent pas au traitement habituel sont souvent l'indice de cancers opérables.

Les tableaux 5 et 6 donnent pour 1967 la répartition, par stade d'évolution, des malades atteintes de cancers du col de l'utérus et de tumeurs du sein (ou enregistrées comme telles). On trouve dans la première colonne les chiffres portant sur la totalité du pays. Dans la deuxième colonne figurent les cas dépistés, séparés de l'ensemble que représente la première colonne; la dernière colonne apporte des informations détaillées sur les cas décelés en dehors du programme de dépistage systématique. On se rendra compte du haut degré de précision de la documentation obtenue lors du dépistage systématique en constatant que, parmi les cas enregistrés lors du dépistage, il ne s'en trouve pas un seul dont on n'ait pas spécifié le stade au moment du dépistage. L'application du système d'enregistrement à l'échelon national a permis de déterminer exactement le stade d'évolution dans 98,5 % des cas de cancers du col de l'utérus et 97,6 % des cas de cancers du sein. Les cancers du col de l'utérus étaient opérables (stades 0 et I) dans la proportion de 45,1 %, alors que la proportion n'était que de 24 % pour les cas signalés en dehors des programmes de dépistage. La différence est plus frappante encore pour les cancers aux stades plus avancés : 24,3 % de cas dépistés lors des examens systématiques et 40,9 % en dehors de ces examens.

Près de 80 % des tumeurs du sein révélées par les examens systématiques étaient opérables (stades I et II); le pourcentage de malades opérables s'élevait à 58,7 % seulement pour les cas soignés dans les établissements spécialisés en dehors des programmes de dépistage.

Nous avons tenté, dans l'exposé qui précède, de présenter les programmes de dépistage systématique appliqués en Hongrie. Nos efforts sont dirigés vers la prévention et le dépistage précoce des cancers dits "accessibles". Les examens auxquels nous procédons visent en premier lieu des résultats pratiques. Les travaux de dépistage à l'échelon mondial se font dans des régions peu étendues et circonscrites, à l'aide de méthodes qui tiennent compte des progrès scientifiques récents, mais qui reposent surtout sur l'examen cytologique de frottis.

L'abondance du matériel que nous avons examiné ne nous a pas permis d'entrer dans le détail de tous les problèmes. Ce travail est confié aux centres anticancéreux responsables de la tenue des registres du cancer dans les différentes régions. Les 20 000 cas de tumeurs malignes dépistés, la plupart à un stade de début, par notre réseau de services oncologiques, sont la preuve que nous avons choisi la bonne méthode en donnant une grande extension à nos programmes de dépistage systématique.

TABLEAU 1. NOMBRE D'EXAMENS DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE EN HONGRIE
1952-1967

Année	Nombre d'examens	Nombre de tumeurs malignes dépistées	Nombre de tumeurs malignes dépistées en % du nombre d'examens
1952	461 326	2 366	0,51
1953	609 890	2 094	0,34
1954	513 071	1 524	0,30
1955	505 578	770	0,15
1956	426 249	591	0,14
1957	378 015	655	0,17
1958	418 289	657	0,16
1959	412 411	812	0,20
1960	389 933	934	0,24
1961	392 896	1 181	0,30
1962	448 217	1 199	0,27
1963	455 027	1 307	0,29
1964	454 466	1 386	0,30
1965	477 418	1 481	0,31
1966	490 733	1 435	0,29
1967	496 646	1 481	0,30

TABLEAU 2. NOMBRE ET REPARTITION PAR STADE D'EVOLUTION
DES CAS DE TUMEURS DU COL DE L'UTERUS ET DU SEIN RELEVES AU COURS DES EXAMENS
DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CANCER DES ORGANES GENITAUX FEMININS
1955-1967

Année	Nombre de cas		Répartition des cas par stade d'évolution (%)				
	Col de l'utérus	Sein	Col de l'utérus			Sein	
			O-I/a-I	II	III-IV	I-II	III-IV
1955	330	151	23,9	31,5	44,6	70,2	29,8
1958	235	170	31,0	25,1	43,9	57,7	42,3
1961	478	308	44,7	24,7	30,6	75,6	23,4
1964	471	421	47,8	27,4	24,8	80,2	19,8
1967	456	433	45,1	30,6	24,3	79,0	21,0

Progression

1955 = 100

1955	100	100
1958	71	113
1961	145	204
1964	143	279
1967	138	287

TABLEAU 3. RÉPARTITION SELON LE DEGRÉ D'ÉVOLUTION
DES TUMEURS DU COL DE L'UTÉRUS ET DU SEIN
DÉCELÉES PAR 10 GRANDS ONCOLOGISTES EMINENTS

Année	Cas		Répartition des cas par stade d'évolution (%)				
	Col de l'utérus	Sein	Col de l'utérus			Sein	
			O-I/a-I	II	III-IV	I-II	III-IV
1963	78	69					
1964	86	87					
1965	88	106					
1966	47	97					
1967	48	81					
1963-1967	347	440	60,8	26,8	13,0	83,9	16,1

TABLEAU 4. RESULTATS DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DU CANCER EN HONGRIE (1947)

Nombre d'examens : 496 646	Nombre de diagnostics	Nombre de diagnostics en % du nombre d'examens
Classement des diagnostics :		
Absence de symptômes	448 686	
Tumeurs bénignes	21 552	4,3
Erythroplasies	64 564	13,0
Mastopathies	19 525	3,9
Autres lésions nécessitant observation ou traitement	7 293	1,5
Tumeurs malignes	1 481	0,3
Localisation :		
appareil génital		
féminin	754	
sein	433	
peau	169	
autres	125	
Total des lésions	114 415	23,0

TABLEAU 5. REPARTITION PAR STADE D'EVOLUTION
DES CAS DE TUMEURS DU COL DE L'UTERUS ENREGISTRES OU DEPISTES EN 1967

Stade	Cas signalés (registres nationaux)		Cas dépistés lors des examens		Autres cas signalés	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
O-I/a-I	445	30,7	206	45,1	239	24,0
II	467	32,2	140	30,6	327	32,9
III-IV (guérissables + non guérissables)	517	35,6	110	24,3	407	40,9
Non confirmés	22	1,5	0	-	22	2,2
Total	1 451	100,0	456	100,0	995	100,0

TABLEAU 6. REPARTITION PAR STADE D'EVOLUTION
DES TUMEURS DU SEIN ENREGISTREES OU DEPISTEEES EN 1967

Stade	Cas signalés (registres nationaux)		Cas dépistés lors des examens		Autres cas signalés	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
I-II	1 162	62,9	331	79,0	831	58,7
III-IV (guérissables + non guérissables)	642	34,7	102	21,0	540	38,2
Non confirmés	44	2,4	0	-	44	3,1
Total	1 848	100,0	433	100,0	1 415	100,0

