

L'ONCOPEDIATRIE AU CHEVET DES PETITS EN AFRIQUE

Loin d'être l'apanage des pays développés, le cancer n'épargne pas les enfants en Afrique. État des lieux de cette terrible maladie, des progrès médicaux qui permettent aujourd'hui de soigner et guérir les enfants. Une prise en charge efficace s'organise sur le continent africain. Le cancer des enfants n'est plus une fatalité.

PAR BERNARD BANGA

LES CANCERS DE L'ENFANT EN AFRIQUE

5 maladies représentent 70 % des cancers qui surviennent chez les enfants en Afrique.

Le lymphome de Burkitt représente la moitié de tous les lymphomes* en Afrique. Cette tumeur maligne siège souvent dans la mâchoire et dans l'abdomen. On le retrouve de façon endémique* dans les zones équatoriales où il est associé à l'infection par le virus d'Epstein Bar.

Le rétinoblastome, une tumeur maligne de la rétine de l'œil. Il représente 15 % des tumeurs cancéreuses chez l'enfant africain. Ce cancer oculaire se caractérise au préalable par une tâche blanche sur la pupille des enfants. Les parents peuvent également observer un strabisme anormal chez leur enfant et une altération progressive mais sérieuse de la vision de ce dernier. En effet, l'un des yeux de l'enfant ne semble pas regarder la cible visée, cette déviation peut être de type convergent ou de type divergent. Ensuite, une cécité partielle ou totale d'un œil ou des deux yeux peut survenir. Plusieurs types de traitements sont envisageables. Si le médecin estime que le jeune patient peut conserver une certaine partie de sa vision, il proposera une thérapie au laser ou encore une

cryothérapie qui consiste à geler les cellules cancéreuses. La rétinoblastose se déclare dans un œil pour la plupart des enfants mais peut se propager à l'autre. Les médecins sont souvent amenés à enlever l'œil atteint (énucléation) et à le remplacer par une prothèse oculaire.

Tumeur du rein. Le néphroblastome ou tumeur de Wilms affecte le rein. Le cancer du rein est deux fois plus fréquent que celui de l'adulte. La tumeur grossit rapidement mais elle bénéficie d'importants progrès thérapeutiques avec en moyenne 90 % de guérison. Ce haut taux de guérison est devenu possible grâce à une prise en charge spécialisée. Le traitement comprend une chimiothérapie initiale, suivi d'une ablation du rein atteint, puis selon les besoins d'une chimiothérapie postopératoire et/ou d'une radiothérapie.

La leucémie aiguë lymphoblastique est due à la prolifération de lymphocytes anormaux dans la moelle osseuse. Les globules blancs (leucocytes), dont la différenciation est bloquée, sont incapables de jouer le rôle immunitaire des cellules normales. Sans traitement, ces cellules vont proliférer, envahir la moelle osseuse puis l'ensemble des organes du corps.

La maladie de Hodgkin, qui affecte le système lymphatique*, représente 15 à 30 % des lymphomes malins de l'enfant. Cette maladie est

exceptionnelle avant l'âge de deux ans. Sa fréquence augmente avec l'âge; elle est ainsi deux fois plus fréquente après dix ans. On évoque cette maladie devant des ganglions suspects. Les examens radiologiques et biologiques viennent confirmer le diagnostic et permettre de définir l'extension de la maladie.

Plus de 90 % des enfants atteints d'une maladie de Hodgkin bénéficient d'une évolution favorable de leur maladie sous un traitement pris en charge par une équipe d'onco-hématologie pédiatrique rompue au traitement de cette maladie chez l'enfant. La radiothérapie utilisée seule et maintenant en association avec la chimiothérapie a transformé le pronostic de cette maladie.

Des progrès considérables dans les traitements de chimiothérapie

En 2012, le diagnostic des cancers de l'enfant est devenu plus précis, la différenciation des stades de la maladie plus fine (voire encadré la stadification) et la chimiothérapie comporte moins d'effets secondaires qu'auparavant. « Résultat, les deux tiers des enfants atteints de cancer guérissent aujourd'hui » affirme le Pr. Guy Leverger, chef du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique, Hôpital d'Enfants Armand-Trousseau (Paris). Les cinq principaux cancers

de l'enfant en Afrique sont traités avant tout par la chimiothérapie à laquelle elles sont sensibles, avec ou sans chirurgie. Le traitement dure de 2 mois à 3 ans selon la tumeur et son stade évolutif. Le lymphome de Burkitt constitue un bel exemple des progrès considérables accomplis ces trente dernières années. Dans les années soixante-dix, le taux de survie des patients traités par chimiothérapie prolongée par de la radiothérapie locale et de l'encéphale ne dépassait guère 35 %. De trop nombreuses récidives étaient constatées. Aujourd'hui, les protocoles combinant différents médicaments ont permis d'atteindre des taux de guérison de 98 % pour les formes les plus localisées et 90 % pour les formes les plus diffuses avec une nette diminution de la toxicité des traitements.

Les traitements de supports doivent être améliorés en Afrique

En dehors de l'accessibilité à des traitements trop coûteux pour la majorité des familles africaines, la maîtrise des effets secondaires induits par les traitements pose problème en Afrique. Les chimiothérapies sont à l'origine de la baisse des défenses de l'organisme des enfants qui les exposent à des infections. Elles altèrent la formule sanguine et peuvent engendrer une dénutrition. Ce qui nécessite de disposer d'antibiotiques pour combattre les infections, de transfusion sanguine pour rétablir l'équilibre sanguin, de produits d'hydratation et d'alimentation parentérale. Autant de moyens trop peu disponibles en Afrique subsaharienne.

*Voir lexique

UN LOURD FARDEAU POUR L'AFRIQUE

Plus de la moitié du nombre de cancers (1) et de décès par cancers (2) est supportée par les pays en voie de développement.

80 % des enfants atteints de cancers vivent dans les pays du Sud.

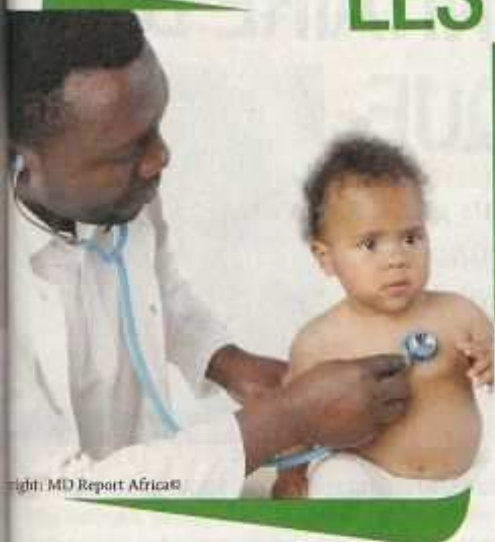
20 000 nouveaux cas de cancers de l'enfant attendus chaque année en Afrique. Soit dix fois plus qu'en France.

La moitié des cancers de l'enfant survient avant l'âge de 5 ans.

(1) 56 % des nouveaux cas dans le monde.

(2) 63 % des décès par cancer dans le monde.

LES EXAMENS



Light: MD Report Africa

un diagnostic précoce et rapide. L'examen clinique repose principalement sur l'observation de symptômes plus ou moins graves comme une douleur, une fièvre ou des signes directs comme une masse abdominale découverte par les parents lors d'une toilette ou lors d'un examen médical. L'imagerie permet de réaliser un diagnostic topographique précis de la tumeur et des rapports avec les tissus de voisinage et de rechercher d'éventuelles métastases*. Différentes méthodes seront envisagées, voire associées selon la localisation de la tumeur :

l'échographie, l'examen tomodynamométrique (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le diagnostic biologique analyse la formule sanguine qui fournit des indications sur les taux de leucocytes (globules blancs), d'hémoglobine ou de plaquettes. Le diagnostic biologique permet également de mesurer certains

marqueurs tumoraux spécifiques sanguins ou urinaires.

L'examen cyto-histo-anatomopathologique consiste à préserver des cellules des tissus cancéreux pour un examen microscopique. Cette biopsie tumorale va confirmer le diagnostic et permettre de rechercher des facteurs pronostics sur l'évolution et l'issue probable.

Le bilan d'extension. Du fait de la dissémination rapide des cellules tumorales, un bilan d'extension est indispensable afin de situer l'évolution de la maladie cancéreuse chez votre enfant et de réaliser la stadification » (voir encadré 3).

Les oncopédiatres peuvent ainsi envisager le protocole thérapeutique le plus approprié.

Un prélèvement de la moelle osseuse et du liquide céphalorachidien peut être effectué dans certaines situations, afin de détecter la présence éventuelle de cellules tumorales.

*Voir lexique

Les cancers de l'enfant évoluent très rapidement : de quelques semaines à quelques jours selon les tumeurs. Cette particularité impose

Décryptage LA STADIFICATION DU CANCER

La stadification du cancer de l'enfant permet de déterminer les choix thérapeutiques. Pour réunir l'information nécessaire à la stadification du cancer, les médecins peuvent se livrer à un examen physique poussé et faire exécuter diverses épreuves, notamment des prises de sang, des scintigraphies osseuses, des tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM), des tomodynamométries et des échographies. Cette stadification s'effectue souvent à l'aide de la classification TNM :

- T (tumeur) pour la taille et étendue de la tumeur
 - N (de l'anglais nodes, pour « ganglions ») pour la propagation vers les ganglions lymphatiques
 - M. (métastases) pour la propagation vers les autres parties de l'organisme.
- Chaque lettre est suivie d'un chiffre
- T de T0 (absence de tumeur) à T4 (tumeur volumineuse ou étendue) ; -N de N0 (absence de propagation vers les ganglions lymphatiques) à N3 (haut degré de propagation vers les ganglions lymphatiques)

- M. de M0 (absence de propagation vers d'autres parties de l'organisme) à M1 (propagation vers d'autres parties de l'organisme).

Ainsi, le score attribué à un cancer se compose de trois lettres et de trois chiffres, par exemple T1N2M0. Le mode de stadification exact et le pronostic associé à chaque stade différent suivant le type de cancer.

À chaque score TNM correspond un degré d'évolution du cancer. Le lien entre ces deux éléments varie selon le type de cancer :

- Stade 0 pour un cancer précoce circonscrit aux couches cellulaires où il a pris naissance (cancer in situ)
- Stades 1-3 pour un cancer qui ne s'est pas encore propagé vers d'autres organes (plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est volumineuse et le cancer étendu)
- Stade 4 pour un cancer s'étant propagé vers un autre organe (présence de métastases).

CANCER DE L'ŒIL, QUELLE SURVEILLANCE ?

Si on ne peut prévenir la rétinopathie, l'examen oculaire est une mesure utile.

Les enfants ayant des antécédents familiaux de rétinoblastome doivent faire l'objet d'un suivi étroit par un spécialiste de l'œil jusqu'à l'âge de 28 mois.

Lorsqu'un seul œil est atteint, il est recommandé que l'autre œil soit surveillé périodiquement par un spécialiste de l'œil jusqu'à l'âge de 7 ans.

Les frères et sœurs de l'enfant atteint de rétinoblastome doivent subir des examens périodiques par un spécialiste de l'œil.

LE RÔLE DU PSYCHOLOGUE

Le cancer vient invariablement perturber le développement organique et psychologique de l'enfant. « Comme toute maladie, il altère plus particulièrement les représentations de son corps et celles de la confiance en soi, en autrui, en la vie » explique le psychologue analyste français Jean Tristan Richard. L'accompagnement des psychologues est précieuse.

Pour les enfants

Le jeune patient oscille entre besoin de savoir et le souhait d'ignorer, le déni et la révolte, la soumission et la colère, le désir de maîtrise et celui de s'abandonner. Le psychologue respecte le mode de défense des enfants et de leur famille face cette grave maladie. Dans ces conditions, la parole vise à permettre aux enfants en âge de parler d'élaborer leur propre système de compréhension. « En effet, ce qui compte est que l'enfant en âge de raisonner puisse s'interroger sur les causes et significations de son cancer car personne ne peut à sa place procéder à son travail de reconstruction psychique » précise Jean-Tristan Richard. Il s'agit d'être là, d'écouter l'inaudible et la peur sans les rejeter, de relancer la parole, de répondre aux questions, y compris pour dire que l'on ne sait pas.

Pour les parents

Les parents d'enfants atteints d'un cancer souffrent au plus intime de leur être. Les souffrances répétées et le risque de mort génèrent des sentiments d'échec, d'impuissance, de culpabilité face à la douleur de son enfant. La fonction de parent est chamboulée tout autant que la place et le rôle des frères et sœurs... D'où l'importance des consultations régulières aussi longues que possibles avec le psychologue et qui associent les parents et les autres enfants. Cet accompagnement doit perdurer. En effet, lorsque l'annonce de la fin de l'hospitalisation semble clairement organisée, la crainte de la récurrence peut envahir l'esprit des parents et affecter leur mental. Dans certains cas, le pronostic médical peut être très critique. Quand la mort s'annonce, outre aider l'enfant, le psychologue va accompagner les parents à accepter la réalité de la fin de vie et à instaurer les conditions d'un travail de deuil. Il s'agit de permettre aux uns et aux autres de continuer à penser et de rester sensibles aux échanges.

LES RÉACTIONS DES ENFANTS

Avant 3 ans. En raison de son immaturité affective et cognitive* et de sa dépendance, de la répétition des séjours hospitaliers, des séparations d'avec la famille, le cancer peut entraîner des réactions relevant de « l'hospitalisme » avec un repli de l'enfant sur soi, une passivité, un refus de contact.

Dès l'âge de 3 ans, l'enfant peut comprendre ce qui lui arrive. « Il peut donc se sentir anxieux, savoir qu'il est atteint d'une maladie grave et même ressentir l'angoisse de ses parents » précise le psychologue analyste Jean Tristan Richard. Il est également en mesure de constater la solidarité des parents avec l'équipe soignante,

de même que les conflits au sein de cette dernière. Cela a souvent une incidence sur l'acceptation ou non des piqûres, des perfusions, de la chimiothérapie, de la radiothérapie et des interventions chirurgicales, tout comme leurs conséquences : l'anorexie, la chute des cheveux, les vomissements...

Tout changement dans le programme thérapeutique relance l'anxiété de l'enfant si elle ne s'accompagne pas d'explications suffisantes et adaptées. « Elle peut entraîner une extrême passivité, voire un retrait dépressif ou une opposition aux soins » observe Jean Tristan Richard. *Voir lexique

LA BATAILLE SANITAIRE DU GFAOP EN AFRIQUE

Créé par le Pr. Jean Lemerle, un des plus grands spécialistes du cancer des enfants en France, le groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP) impulse une réelle dynamique dans l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique en Afrique.



Pr Bouabacar Togo

Tout est parti d'un constat. En 2000, moins de 20 % des cancers étaient guéris en Afrique subsaharienne contre 75 % dans les pays développés. « Notre vocation consiste à permettre aux enfants atteints de cancers et à leurs parents de bénéficier d'un traitement adapté aux conditions locales et un traitement dispensé par des médecins et des infirmiers africains » explique le Pr. Mhamed Harif, directeur du CHU Mohamed VI à Marrakech et président du GFAOP (1), par ailleurs.

Un réseau de soin oncopédiatrique en Afrique

Des partenariats ont été noués entre les centres d'oncopédiatrie français de référence pour mettre en place 13 unités d'oncologie pédiatrique en Afrique. En Afrique subsaharienne, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo (république démocratique), la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal et Madagascar disposent d'unités pilotes. La dernière en date qui vient d'ouvrir au CHU Conakry en Guinée Conakry est dirigée par le Pr. Mamadou Pathé Diallo, pédiatre et hématologue.

Le Maghreb n'est pas en reste avec deux unités pilotes en Algérie à Alger et à Oran, deux autres unités pilotes au Maroc à Casablanca et à Rabat et une unité pilote en Tunisie. Les oncopédiatres africains et français se sont associés dans ce réseau pour adapter les protocoles internationaux des

cancers de l'enfant les plus répandus en Afrique (3) aux réalités du continent : « la faible disponibilité d'antibiotiques et de produits sanguins nécessaires pour soulager les effets secondaires des cures agressives répandues en Occident impose de trouver un équilibre entre l'efficacité des traitements et leur toxicité » confie le Pr. Mhamed Harif.

La formation, deuxième pilier du GFAOP

Aujourd'hui, plus de 4 500 enfants africains ont été traités en onze ans dans le cadre de ce groupement et avec un taux de survie variant entre 50 et 80 % selon les pathologies. Ces résultats plus qu'encourageants sont à mettre au crédit des médicaments fournis sous forme de dons par le GFAOP aux unités pilotes africaines et à un important travail de formation des médecins et des infirmières qui travaillent dans les unités pilotes africaines. L'enseignement est organisé pour les médecins dans le cadre du Diplôme interuniversitaire (DIU) d'Oncologie pédiatrique qui comporte un an de stage dans les unités d'oncologie pédiatrique françaises. La formation des infirmières a lieu dans des services d'oncologie pédiatrique en France. Enfin, l'école africaine d'oncologie pédiatrique vient de tenir, cet été, ses premiers cours intensifs d'oncologie pédiatrique à Marrakech (Maroc) « La création de cette école permettra d'assurer une partie de la formation destinée aux pédiatres, oncologues, hématologues,

LE GFAOP EN CHIFFRES

13 unités d'oncologie pédiatrique au Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Burkina Faso, Togo, Cameroun, République démocratique du Congo, Madagascar mais également en Tunisie, Algérie et au Maroc.

Plus de 4 500 enfants traités dans 13 pays.

Plus de 50 médecins, infirmiers et techniciens de laboratoires de pathologie

60 % de survie pour les lymphomes de Burkitt

70 % de survie pour les néphroblastomes

anatomopathologistes et chirurgiens africains. Il s'agit de répondre aux besoins des différentes unités pilotes » estime le Pr Mahmed Harif, président du GFAOP. Cette formation spécialisée, le développement de centres africains nationaux et régionaux de référence, l'amélioration des plateaux techniques contribueront à faire reculer la mortalité parmi les enfants atteints de cancers en Afrique. L'union fait la force.

(1) Le siège du GAOP est situé à l'Institut Gsouve Roussy, 39 rue Camille Desmoulins 94 805 Villejuif. France. Tél. +33 1 42 11 54 11. E-Mail: gfaop@igr.fr. Site web: www.igr/gfaop

(2) Le lymphome de Burkitt, la tumeur du rein, la leucémie aiguë lymphoblastique, la maladie de Hodgkin et le rétinoblastome.

3 CHIFFRES, 3 DÉFIS

70 % des cancers de l'enfant peuvent être soignés et guéris :

2 000 €, le coût du traitement anticancéreux sur deux années :

25 % des enfants interrompent leurs cures médicales ou sont perdus de vue par les oncopédiatres en raison du coût des médicaments de l'éloignement des centres médicaux en Afrique.

LA VOIE TRACÉE PAR LE SÉNÉGAL

« L'unité d'oncologie pédiatrique (UOP) du CHU de Dakar a été créée en 2000 par la volonté politique du groupe médical hospitalier sénégalais d'individualiser l'activité d'oncologie pédiatrique et de regrouper des ressources humaines et matérielles » explique le Pr. Claude Moreira responsable de cette unité clinique au sein de l'hôpital Aristide Le Dantec à Dakar.

L'année dernière, l'unité d'oncologie pédiatrique (UOP) a pris en charge 134 jeunes patients atteints d'un cancer, avec notamment des taux de survie globale de 74 % pour le cancer du rein, de 71 % pour les lymphomes et de 64 % pour la maladie de Hodgkin. Les familles bénéficient d'une prise en charge d'environ 80 % des frais liés au traitement du cancer de leur enfant. Le groupement franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP) participe à hauteur de plus de 50 % de la prise en charge des jeunes patients sénégalais avec en particulier l'achat de médicaments nécessaires à l'administration des traitements de chimiothérapie. « La direction de l'hôpital, les pouvoirs publics et la mobilisation de la société civile permettent toujours de trouver une solution pour assurer une gratuité des traitements de chimiothérapie et des actes opératoires lorsque les familles sont totalement démunies » confie le chef de l'UOP sénégalaise.

L'UOP DU CHU DE DAKAR EN CHIFFRES

23 lits dont 3 lits d'hôpital de jour.

134 enfants pris en charge l'année dernière.

3 pédiatres.

1 psychologue.

Une équipe paramédicale dont 2 infirmières formées fixes formées en oncologie pédiatrique.

129 enfants atteints d'un cancer hospitalisés dans cette unité l'année dernière.

Une nécessaire décentralisation

Cependant, cette structure unique au Sénégal ne traite que 17 % des 800 nouveaux cas de cancers pédiatriques estimés chaque année au Sénégal. Par ailleurs, 25 % des enfants interrompent leur traitement ou sont perdus de vue par les oncopédiatres de l'unité.

L'éloignement du centre hospitalier du lieu de vie des enfants (250 km en moyenne) et la durée des traitements (6 mois à 2 ans) expliquent ces abandons. « La future création d'antennes dans des centres hospitaliers devrait grandement améliorer cette situation » observe le Pr. Moreira.

Un argument partagé par les autorités sanitaires du Sénégal. En effet, le ministère de la santé pilote un programme de décentralisation de son unité d'oncologie pédiatrique auprès des services pédiatriques des hôpitaux régionaux. D'ores et déjà, une demi-douzaine d'hôpitaux régionaux va être impliquée dans des formations spécifiques de pédiatres et d'infirmières de ces centres hospitaliers.

Cette initiative financée par la Fondation Sanofi Espoir s'inscrit dans le cadre du programme « Mon enfant ma bataille » (My Child Matters) placé sous l'égide de l'Union internationale contre le Cancer (UICC).

Un projet d'amélioration de l'information donnée aux familles

« Au-delà des raisons économiques, les abandons de traitement sont aussi liés à la méconnaissance de la maladie et du traitement ou à l'influence des croyances locales » analyse le Pr. Claude Moreira. À tel point que plus de 80 % des familles qui arrivent dans les services d'oncologie pédiatrique sont encore hésitantes quant au choix d'un système de soins.

Sous la pression familiale, parfois très forte, ces parents sont tentés de retourner vers des tradithérapeutes ou autres guérisseurs traditionnels.

« Seule une meilleure information sur la maladie et le traitement permettrait aux familles



Pr Claude Moreira « Les cancers de l'enfant sont des maladies graves mais curables »

d'effectuer un choix libre et éclairé » insiste le Pr. Claude Moreira.

Au sein du GFAOP, son groupe travaille à l'élaboration d'un discours du corps soignant qui sollicite la participation du parent à travers un guide d'annonce du cancer de l'enfant et des outils pour échanger entre soignants, patients et parents.

Ce projet d'amélioration de l'information donnée aux familles (AIDAF) piloté par le GFAOP, va mettre à disposition des supports informatifs adaptés, clairs et de qualité sur la maladie des enfants ainsi que sur les traitements.

« Il s'agit également de donner aux soignants africains des unités d'oncopédiatrie les moyens de mieux appréhender les enjeux de l'information des familles et d'acquiescer ainsi plus d'aisance dans leur « devoir » d'informer » ajoute le Pr. Claude Moreira, chef de l'unité d'oncopédiatrie au CHU de Dakar.

Ce projet devrait logiquement s'étendre aux 12 pays du GFAOP (1).

(1) Mali, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Algérie, Togo, Tunisie, République Démocratique du Congo, Madagascar, Cameroun, Mauritanie, Syrie, Maroc.

LE DYNAMISME MALIEN

Cette unité pilote d'oncologie pédiatrique du Mali a été mise en place par le professeur Boubacar Togo. « Nous avons bénéficié du concours du GFAOP soutenu par le laboratoire Sanofi et l'Union internationale contre le cancer UICC. En effet, le GFAOP a fait un don de 30 000 € de médicaments qui a permis le démarrage de l'unité avec le traitement de plus d'une cinquantaine de patients »; L'unité d'oncologie pédiatrique située au sein du CHU Gabriel Touré à Bamako traite en moyenne 135 cas de cancer par an avec un taux global de guérison avoisinant 45 %. « Cette année, le gouvernement nous a apporté une dotation budgétaire qui permet d'assurer 10 % en médicaments essentiels (chimiothérapie) le GFAOP couvre les 90 % restant avec des envois semestriels de 20 000 à 30 000 €. Il ne reste aux patients que les coûts qui se limitent aux examens (entre 50 000 et 100 000 FCFA) ». Forte de sa capacité de diagnostiquer rapidement un cancer chez les enfants et bénéficiant de cam-

pagnes télévisuelles, cette unité de Bamako attire des patients de la sous-région africaine (Guinée, Côte d'Ivoire, Libéria). L'unité d'oncologie pédiatrique devrait voir augmenter sa capacité d'accueil: il est prévu que le nombre de lits passe prochainement de 10 à 25. Toujours dans cette dynamique de prise en charge et de développement du traitement des cancers, l'association Terre Bleue Unesco s'est vu offrir un terrain ainsi qu'une maison dans le cadre du projet de création de la première « Maison des Parents » en Afrique subsaharienne pour les familles dont l'enfant est suivi pour un cancer à l'hôpital Gabriel Touré. Ce projet est soutenu par l'association marocaine Laal Salma. Enfin, des antennes satellites de l'unité pilote d'oncologie pédiatrique de Bamako devraient voir le jour à Sikasso, troisième région administrative du Mali s'étendant sur 71 790 km² puis à Mopti cinquième région administrative du pays Mali avec une superficie de 79 017 km². ●

L'UNITÉ D'ONCOPÉDIATRIE DU CHU DE BAMAKO AU MALI

12 chambres.

3 médecins permanents: 2 oncopédiatres et un médecin généraliste.
4 infirmières.

LEXIQUE

Aplisie: diminution des trois cellules sanguines suivantes: globules rouges utiles pour le transport d'oxygène dans notre sang, plaquettes nécessaires à la coagulation et globules blancs, utiles à la défense de notre organisme.

Cognitif: en relation avec les grandes fonctions de l'esprit que sont la perception, le langage, la mémoire, le raisonnement, la décision, et le mouvement... On parle ainsi des fonctions cognitives supérieures pour désigner les facultés que l'on retrouve chez l'Homme comme le raisonnement logique, le jugement moral ou esthétique.

Endémique: En médecine, on dit qu'une maladie est dite endémique d'une région si elle y sévit de manière permanente.

Lymphome: Il s'agit d'un cancer du système lymphatique qui se développe aux dépens des lymphocytes. Il est caractérisé par des proliférations cellulaires malignes (ou cancers) dans les organes lymphoïdes secondaires. Les lymphomes sont souvent révélés par la découverte d'une adénopathie. Le système lymphatique comprend la moelle osseuse, la rate, le thymus, les ganglions lymphatiques et les vaisseaux lymphatiques; il assure la défense de l'organisme contre les microbes, parasites, toxines, corps étrangers, etc.

Métastase: croissance d'une cellule tumorale à distance du site initialement atteint les métastases peuvent se produire par migration de cellules malignes par voie sanguine ou lymphocytaires via les cellules du système immunitaire.

Testez vos connaissances LE QUIZ D'AMINA

1^{re} question: Le cancer n'est pas une maladie transmissible.

- A) Oui. Les cancers sont dus à un dysfonctionnement des cellules qui se multiplient à l'excès
B) Non. Les cancers sont causés par des agents spécifiques. Ils sont donc contagieux.

2^e question: Certaines infections peuvent être à l'origine de cancers.

- A) Non. Cela est impossible.
B) Oui. D'où l'importance de la maîtrise de maladies infectieuses tropicales dans certaines zones.

3^e question: On utilise indifféremment les termes statistiques incidence, mortalité et prévalence pour caractériser la fréquence du cancer et en mesurer le fardeau.

- A) Non. Chaque terme désigné apporte des informations épidémiologiques spécifiques.
B) Oui, ces termes ont la même signification.

4^e question. En Afrique, le cancer de l'enfant est considéré comme incurable à juste titre.

- A) Oui. L'issue est toujours fatale. Il s'agit d'une malédiction. C'est pourquoi, il faut recourir aux tradipraticiens.
B) Non. Aucunement. En 2012, les cancers de l'enfant sont guérissables. Il faut les diagnostiquer le plus précocement.

Réponses au quiz

Question 1. Réponse: A

En effet, les cancers ne sont pas des maladies infectieuses. Ils ne sont par conséquent pas contagieux.

Question 2. Réponse: B

Le virus d'Epstein Barr a été le premier virus reconnu comme facteur causal du lymphome de Burkitt. A Dakar, on a montré la relation du cancer primitif du foie avec le virus de l'hépatite B et avec une toxine d'origine alimentaire (aflatoxine).

Question 3. Réponse: A

L'incidence décrit le nombre de nouveaux cas. Elle peut s'exprimer en nombre absolu de cas par an ou en taux pour 100 000 personnes par an. Ce dernier fournit une approximation du risque moyen de développement d'un cancer. Ce qui est utile pour dresser des comparaisons entre les populations (pays, groupes ethniques ou différentes périodes pour un même pays, par exemple). La prévalence du cancer indique, pour sa part, le nombre de personnes chez qui la maladie a été diagnostiquée et qui sont vivantes à un moment précis. La prévalence peut ainsi être caractérisée par le nombre d'enfants diagnostiqués et vivant avec le cancer. Enfin, la mortalité représente le nombre de décès. Le taux de mortalité est le nombre de décès pour 100 000 personnes par an. Le nombre de décès fournit une mesure de la conséquence et de l'impact du cancer.

Question 4. Réponse: B

Les progrès médicaux sont considérables. En l'espace de trente ans, on est passé de 30 % de taux de guérison à 60 %. À l'origine: des chimiothérapies plus efficaces et moins toxiques, des protocoles plus précis et moins toxiques. Si 75 % des cancers de l'enfant sont guéris dans les pays développés, le taux demeure souvent inférieur à 20 % en Afrique subsaharienne. D'où l'enjeu du travail mené par le groupement franco-français d'oncologie pédiatrique. Suites aux études cliniques menées par ce groupement d'experts, les unités pilotes d'oncopédiatrie de la GFAOP enregistrent 60 % de taux de guérison pour les lymphomes de Burkitt (1), 70 % pour les tumeurs du rein (2), et 54 % pour les leucémies aiguës lymphoblastiques (3).

(1) Étude dirigée par le Professeur Catherine Patte de l'Institut Gustave Roussy (IGR, France) et le Dr Maria Eril Bobari de Rabat (Maroc)

(2) Étude dirigée par le professeur Catherine Patte de l'IGR et le professeur Claude Morais de Dakar

(3) Étude menée par le professeur Guy Lervanger de l'hôpital Armand Trousseau France