

## Contexte

Le CCU est le 13<sup>ème</sup> cancer par ordre de fréquence chez la femme. Il fait partie des rares cancers pour lesquels nous disposons de moyens appropriés de dépistage, diagnostic et traitement. Il est décelable durant la phase de latence et au début de la phase clinique. L'examen de dépistage est efficace et acceptable pour la population.

Chaque année en France, le CCU touche environ 3000 femmes (1). Son incidence ne cesse de diminuer depuis 1980. Le taux d'incidence standardisé a baissé en France de 2,5% par an entre 1980 et 2012 (de 15,0 cas pour 100 000 personnes-années en 1980 à 6,7 en 2012) (2).

Le nombre de décès par CCU est en baisse régulière depuis les années 1980 et est estimé à 1 092 pour l'année 2015, ce qui correspond à un taux de mortalité, standardisé à la population mondiale de 1,7 décès pour 100 000 femmes (3). Le pic du CCU se situe autour de 40 ans, et il existe un premier pic de mortalité à 51 ans (4).

Cependant c'est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade en France: le taux de survie à 5 ans après le diagnostic est en diminution (5).

17 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans devraient pratiquer un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans.

En 2000, l'assurance maladie a remboursé plus de 5 millions de frottais. Mais le taux de participation au dépistage n'est que de 61 % sur la période 2010-2013.

40% des femmes n'ont pas réalisé de FCU dans les trois ans, et ce d'autant plus qu'elles sont éloignées du système de santé et de faible catégorie socioprofessionnelle (2).

La persistance d'un dépistage spontané conduit à des dépenses dont le ratio coût-efficacité est défavorable (6).

Le dépistage organisé (DO) des cancers est recommandé depuis 2003 par le conseil de l'Union européenne (UE). Il s'est montré efficace sur le CCU lors d'une expérimentation en France sur 13 départements (7).

L'Institut national du cancer préconise que le programme national de DO du CCU se mette en place en 2018.

Ceci doit créer les conditions du passage au test HPV en dépistage primaire (8).

### Références :

- [1] Bourdillon F, Ibrah N. Éditorial. Dépistage du cancer du col de l'utérus : des évaluations pour mieux l'organiser. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):24-5. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017\\_2-3\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_0.html)
- [2] Inca: les cancers en France en 2016 L'essentiel des faits et chiffres. mel. 2017/0203
- [3] Leone N, Voinin N, Roche L, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Novembre 2015.
- [4] INCa. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Collection Fiches repère / Prévention. Octobre 2013.
- [5] Vers un dépistage organisé - Dépistage du cancer du col de l'utérus / Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Vers-un-depistage-organise>.
- [6] Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Mallia N, Arbyn M, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the Implementation of the Council Recommendation on cancer screening – First Report. Brussels: European Commission; 2008. 136 p
- [7] Dupont N, Beltzer N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux. Expérimentation 2010-2014. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 46 p.
- [8] Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / Étude médico-économique / Phase 2 - Ref : APDEPCCUP216 / Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 11 avr 2017].

# Cancer du col de l'utérus (CCU) entre trop peu et trop?

Francis ABRAMOVICI corédacteur en chef de la Revue Médecine

## OBJECTIFS

- Éviter la sous médicalisation et la surmédicalisation pour le seul cancer où le dépistage est prouvé être très efficace (1).

## METHODES ET MOYENS

- Etude de la littérature disponible sur les sites institutionnels nationaux et internationaux, sur les sites des organismes professionnels et des sociétés savantes.
- La question de la vaccination HPV n'est pas abordée, car concernant la prévention (différente de la question du dépistage).

## RESULTATS

- **Il existe une sous-médicalisation** évidente, et récurrente en France liée (2)(3)(4):
  - À des facteurs socioculturels, aux représentations sur le CCU;
  - À l'organisation des soins avec une trop faible culture en santé publique qui associée aux logiques libérales poussent plutôt les praticiens à « répondre à la demande »;
  - À la difficulté à gérer plusieurs motifs de consultation;
  - Aux tabous sur la sexualité, au peu de formation gynécologique des futurs généralistes, et à leur sentiment d'être « mis à l'écart» de la gynécologie;
  - Aux problèmes techniques sur la qualité et le suivi des frottais.

### ➤ Ce qui va changer

L'efficacité du dépistage par test HPV est prouvée en dépistage primaire (protection améliorée de 60 à 70 % par rapport à la cytologie), il devient possible de commencer le dépistage par un test HPV à 30 ans et d'attendre au moins 5 ans entre deux dépistages pour éviter 240 cas de cancer et 96 décès pour 100 000 femmes dépistées (5)(6).

### L'envoi à domicile d'un kit d'auto-prélèvement vaginal

augmente la participation au dépistage du CCU des femmes non participantes (7).

### • Et une surmédicalisation par

- ✓ **Dépistage excessif** (surtout avant 25 ans):
  - En 2013, 35,5% des femmes de moins de 25 ans ont eu un dépistage par FCU au cours des trois années précédentes (8). Or l'infection est fréquente chez les femmes avant 25 ans (prévalence 25%), souvent banale, transitoire, disparaissant dans un délai moyen de huit à neuf mois, et n'ayant pas d'impact sur l'incidence du CCU (9).
  - **Le test HPV pratiqué en cas de frottis anormal n'est pas recommandé.** Or sa positivité conduit à proposer l'exérèse par conisation (9).
  - De 2007 à 2013, le nombre de tests HPV après frottais a augmenté de 105%, la proportion de colposcopies de 85% (9).

### ✓ Manque de colposcopies de qualité

- En cas de FCU anormal une colposcopie doit être réalisée. Cet examen est très opératoire dépendant (10) (11) (12).
- En cas de conisation les risques d'accouchements prématurés ou de fausses-couches sont différents selon la technique de l'opérateur.
- **30 000 conisations sont réalisées chaque année en France. 30% le seraient en excès et 70% seraient réalisées en aveugle au lieu d'être guidées par la colposcopie** (13).

- **Ce qui va changer:** la mise en place par la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale d'un critère de qualité : pratiquer un minimum de 50 à 100 colposcopies par an et par opérateur (12).

## DISCUSSION

Le cancer du col de l'utérus est l'un des rares cancer pour lesquels la validité du dépistage, simple et faisable, ne porte pas à controverse

Sa généralisation s'est effectuée de manière anarchique, trop de femmes en faisant trop souvent tandis que celles parfois les plus à risques n'en faisaient aucun.

Pour des raisons diverses les médecins généralistes en contact de ces dernières n'ont pu empêcher cette sous-médicalisation.

En 2018 un dépistage organisé sera généralisé. Concernant les femmes repérées par les bases de l'Assurance Maladie comme n'ayant pas eu de frottais au cours des 3 dernières années, il s'accompagnera d'une relation avec envoi d'un kit d'auto-prélèvement permettant de dépister les HPV à haut risque. Cette démarche a montré son efficacité. Une recherche d'HPV à haut risque tous les 5 ans devrait à terme remplacer le FCU tous les 3 ans.

Cette amélioration du dépistage doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité des examens et interventions post-dépistages afin d'éviter une surmédicalisation des lésions dépistées.

## CONCLUSION

Apprenons à naviguer entre sous et sur médicalisation à partir des données de la science.



1. Läärä E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. Lancet. 1987;1(8544):1247-9.
2. Shaffer P, Wei O. Les généralistes et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Prescrire. 1995;150:271-2.
3. Mathieu Lustman, Anne Vega, Yves Le Noc, Jean-Pierre Vallée . Cancer du col de l'utérus. Regards croisés sur le dépistage Première partie : quels sont les problèmes ?. Médecine. 2009;5(3):137-141.
4. Jean-Philippe Joseph, Xavier Turlin, Sherazade Kinouani, et col. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. Médecine. 2014;10(10):472-477
5. Ronco G, Dilner J, Ellström KM, International HPV screening working group. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. Lancet. 2014 Feb 8;383(9916):524-32
6. Bourdillon F, Ibrah N. Éditorial. Dépistage du cancer du col de l'utérus : des évaluations pour mieux l'organiser. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):24-5
7. Haguenoer K, Boyard J, Sangharin S, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):59-65.
8. Maura G, Chaignot C, Weill A, et col. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):32-8.
9. P. Petitgand C, Bouchard P, Sauthie. Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives . Rev Med Suisse 2006;31406.
10. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-avant-une-cytologie-cervico-utérine-anormale-Thesaurus>
11. Wensveen C, Kage M, Nagelkerke N, Trimbois B. Interobserver agreement on interpreting hand drawings of colposcopy in women with borderline cytology to predict high-grade lesions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007 Nov;135(1):123-6. Epub 2006 Sep 14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1681575>
12. <http://www.societe-colposcopie.com/professionnels-de-sante/charte-de-qualite-en-colposcopie-conditions-d'adhesion-la-charta>
13. L. Elnadi, L. Boublil, X. Carcopino. Évaluation des modalités de réalisation des conisations pour le traitement des CIN : enquête auprès des blocs opératoires de la région PACA; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 44, Issue 9, November 2015, Pages 877-883

## Un peu d'histoire La science c'est le changement

Le frottis pour dépister les cellules cancéreuses a été découvert en 1923 par Papanicolaou (suite à des travaux de coloration des cellules vaginales du cochen d'inde et à la découverte de cellules cancéreuses dans les frottais) (1). Il faudra attendre 1946 pour arriver à convaincre la communauté scientifique de l'utilité du frottis en dépistage (2).

À partir de 1960 le dépistage s'est mis en place en France de façon aléatoire (3).

En 1990 la conférence de consensus de Lille recommandait d'effectuer un FCU aux femmes de 25 à 64 ans tous les trois ans après deux frottais normaux à un an d'intervalle (4).

En 2002 les preuves étaient insuffisantes pour remplacer le frottis de Papanicolaou par le frottis en milieu liquide (5).

Depuis 2010, 13 départements ont expérimenté un dépistage organisé avec un cahier des charges commun. La Haute Autorité de santé recommande depuis d'organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau national.

Ce dépistage organisé sera généralisé en 2018.

1. Papanicolaou G. N., New cancer diagnosis, Proc. Third Race Betterment Conf. Jan. 2-6 1928 pp. 1946 528-534
2. Papanicolaou G.N. Diagnostic value of exfoliated cells from cancerous tissues. JAMA. juin 1946; 131(5):372-8.
3. Blanc, B. Le dépistage du cancer du col de l'utérus . Springer; 2005 : historique et modalités. J. -L. Leroy, J. Gondry.
4. Renaud R. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin. XXXIle Congrès de la Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de la langue française. Lille 5-6-7-8 septembre 1990. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1990;19:1-16.
5. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Septembre 2002.