

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale

Questions-réponses à destination des médecins généralistes



Il existe un fort niveau de preuve de l'utilité du dépistage du cancer du col de l'utérus tant en termes de morbidité que de mortalité. Des tests non invasifs, le frottis du col utérin (FCU) et la recherche d'Human Papilloma Virus (HPV), détectent la maladie dans sa phase préclinique, avec une spécificité et une sensibilité suffisante. **Néanmoins une proportion importante des femmes concernées par le dépistage n'en bénéficie pas (en même temps que trop de femmes le pratiquent en excès).**

Suite à une expérimentation sur 13 départements français un dépistage organisé (DO) du cancer du col de l'utérus (CCU) à partir de 25 ans est généralisé depuis 2018. Ce dépistage, mais aussi le traitement des lésions, doit respecter des critères de qualité pour éviter surdiagnostics et surtraitements aux effets secondaires certains.

Aujourd'hui, si la vaccination contre les HPV prévient jusqu'à 90% des infections HPV à l'origine des cancers, elle ne dispense pas du dépistage. Rappelons qu'elle est indiquée pour les filles comme pour les garçons dès l'âge de 11 ans.

Mots-clés : Dépistage ; Cancer du col ; Frottis cervico-vaginal ; Procédures de chirurgie sous colposcopie ; Traitement excessif ;

POURQUOI UN DÉPISTAGE ?

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus (CCU) commence par une infection à papillomavirus humain (HPV) oncogène à haut risque¹. Cette infection par HPV touche la plupart des hommes et des femmes ayant une activité sexuelle, et guérit dans 90% des cas en deux ans.

Mais pour les 10% restant l'évolution peut selon un continuum de lésions histologiques précancéreuses (les néoplasies cervicales intraépithéliales ou CIN) aboutir au cancer en 15 à 20 ans.

POURQUOI DÉPISTER LES FEMMES VACCINÉES ?

La vaccination contre les HPV, si elle prévient jusqu'à 90 % des infections HPV à l'origine des cancers, ne dispense pas du dépistage car il reste 10% des infections qui seront potentiellement cancérogènes.

COMMENT DÉPISTER ?

L'utilisation selon l'âge du frottis cervico-utérin (FCU) ou du test de dépistage du papillomavirus (test HPV) permet de détecter la présence d'anomalies de cellules du col de l'utérus ou du virus et de les traiter avant qu'elles n'évoluent en cancer, ou de diagnostiquer des cancers à un stade précoce et ainsi d'améliorer les chances de guérison.

En pratique l'examen gynécologique au spéculum permet de prélever les cellules cervico-utérines de l'endocol à l'aide d'une brosette :

- Introduire la brosette dans le canal endocervical à une profondeur de 1 à 1,5 cm.
- Tourner doucement l'écouvillon sur son axe pendant 15 secondes.
- Retirer l'écouvillon en évitant la muqueuse vaginale puis introduire l'écouvillon dans le tube.

Le laboratoire fournit généralement le matériel adéquat, le milieu permettant de réaliser soit un test HPV réflexe, soit une cytologie réflexe, à partir du même prélèvement, sans avoir à reconvoquer la patiente si le test de première intention est positif.

QUI DÉPISTER ?

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est proposé à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans :

- De 25 à 29 ans par un examen cytologique sur prélèvement cervico-utérin (frottis) effectué deux fois à 1 an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal.
- De 30 ans à 65 ans par prélèvement cervico-utérin en milieu liquide permettant la réalisation d'un test HPV-HR, pratiqué 3 ans après le dernier examen cytologique normal ou dès 30 ans en l'absence d'examen cytologique antérieur, puis tous les 5 ans.

POURQUOI LE CANCER DU COL N'A PAS DISPARU AVEC LE DÉPISTAGE ?

Chaque année en France, le CCU touche environ 3 000 femmes² avec un pic se situant autour de 40 ans et est responsable de près de 1100 décès avec un premier pic de mortalité à 51 ans³.

Depuis la mise en place du dépistage du CCU dans les années 1960 en France, un trop grand nombre de femmes ne pratiquent pas de frottis de dépistage. Sur la période 2018-2020, le taux de participation au dépistage était de 59%⁴. De ce fait le CCU est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade : le taux de survie à 5 ans après le diagnostic est en diminution⁵.

De nombreuses études en médecine générale^{6 7 8} ont permis de repérer les raisons de cette insuffisance :

- difficulté à gérer plusieurs motifs de consultation, avec logique poussant les praticiens à « répondre à la demande ».
- insuffisance de formation gynécologique des futurs généralistes, avec sentiment d'être « mis à l'écart » de la gynécologie.
- tabous sur la sexualité et facteurs socioculturels concernant les représentations des femmes sur le CCU.
- problèmes techniques sur la qualité et le suivi des frottis, et la preuve de l'efficacité du dépistage par test HPV.

QU'EST-CE QUE LE DÉPISTAGE ORGANISÉ (DO) ?

Le DO des cancers est recommandé depuis 2003 par le conseil de l'Union européenne car il concerne toutes les femmes. Il vient en complément du suivi par le médecin traitant et du dépistage dit spontané.

Depuis 2018 les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) adressent un courrier aux femmes ne participant pas spontanément au dépistage dans les intervalles recommandés (à partir des données de l'assurance maladie). Ce courrier les invite à consulter personnellement leur médecin traitant, gynécologue, ou sage-femme pour réaliser le dépistage et est suivi d'une relance si besoin.

À noter que les femmes n'ayant pas réalisé de FCU dans les trois ans, sont d'autant plus nombreuses qu'elles sont souvent éloignées du système de santé et de faible catégorie socioprofessionnelle⁹. L'envoi à domicile d'un kit avec un écouvillon sec permettant un auto-prélèvement vaginal pourrait être une stratégie alternative¹⁰.

POURQUOI NE FAUT-IL PAS FAIRE DE FROTTIS 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 précédentes¹¹. Or l'infection est fréquente chez les jeunes femmes avant 25 ans (prévalence 25%), souvent banale, transitoire, et disparaît dans un délai moyen de huit à neuf mois. Elle n'a pas d'impact sur l'incidence du CCU¹². La crainte d'une augmentation de l'incidence du cancer du col avant 25 ans¹³, repose sur l'existence de cas extrêmement rare : un maximum de 4 cas pour 10000 femmes et par an dans le monde¹⁴, justifiant une surveillance clinique, car on estime qu'il s'agit dans 90% des cas de cancers dits « d'intervalle »¹⁵ non dépistés par les frottis. À contrario en cas de frottis anormal, si un test HPV est pratiqué à la recherche d'une infection à papillomavirus sa positivité conduit à proposer l'exérèse par conisation. Dans cette population de moins de 25 ans, de 2007 à 2013, le nombre de tests HPV après frottis a augmenté de 105%, la proportion de colposcopies de 85%¹⁶, avec des conséquences en termes de risque de complication grave lors des accouchements futurs.

UNE FOIS DÉPISTÉ, QUE FAUT-IL FAIRE ?

1. La colposcopie examen indispensable doit respecter des critères de qualité

En cas de FCU anormal une colposcopie doit être réalisée. Sa sensibilité est estimée à 79,3%, sa spécificité de 67,6% et sa VPP de 9,1%¹⁷. Mais c'est un examen très opérateur dépendant¹⁸. C'est pourquoi un minimum de 50 à 100 colposcopies par an et par opérateur est demandé par la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV)¹⁹. La SFCPCV a mis en place une charte de qualité des colposcopistes. Choisir son correspondant de manière avisée concourt à la qualité des soins.

2. Les techniques opératoires en cas de lésions doivent être guidées par la colposcopie

Selon les traitements utilisés on prend le risque des taux de prématurité en cas de grossesse ultérieure très différents. Afin d'éviter les conséquences obstétricales, un traitement d'exérèse doit concilier une limitation du volume cervical retiré tout en conservant des marges saines. Ce traitement sera optimal s'il est conduit sous contrôle colposcopique²⁰. Or en France, des 25 000 conisations réalisées chaque année 30% l'auraient été en excès²¹ dans une étude réalisée en 2015.

Ressources pour la patiente : <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/gynecologie/deroulement-frottis-col-uterin>

POUR LA PRATIQUE

Le dépistage cancer du col de l'utérus ne porte pas à controverse. Un test de dépistage simple et faisable existe depuis longtemps.

Sa généralisation s'est effectuée de manière anarchique, trop de femmes en faisant trop souvent (pas de frottis avant 25 ans) tandis que celles parfois les plus à risques n'en faisaient aucun.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est proposé à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans :

- **De 25 à 29 ans** par un examen cytologique sur prélèvement cervico-utérin (frottis) effectué **deux fois à 1 an d'intervalle, puis 3 ans après** si le résultat des deux premiers est normal.
- De 30 ans à 65 ans par un test HPV sur prélèvement cervico-utérin, pratiqué 3 ans après le dernier examen cytologique normal ou dès 30 ans en l'absence d'examen cytologique antérieur, puis **tous les 5 ans**.

Depuis 2018 un dépistage organisé est généralisé. Les femmes repérées par les bases de l'Assurance Maladie comme n'ayant pas eu de frottis selon le rythme correspondant à leur âge, reçoivent une invitation, leur proposant de consulter un professionnel de santé et s'accompagne d'une relance si besoin.

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.

Travaux coordonnés par Francis Abramovici
Février 2023

Références

- ¹ Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_4.html S. Barré et col. Evaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France.
- ² Dépistage du cancer du col de l'utérus - Guide pratique - Ref : DEPCCU21 [Internet]. [cité 27 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/DEPLIANT-Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-Guide-pratique>
- ³ INCa. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Collection Fiches repère / Prévention. Oct 2013.
- ⁴ Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
- ⁵ Vers un dépistage organisé - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 5 mai 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 Shaffer P, Weil O. Les généralistes et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Prescrire. 1995;150:271-
- ⁷ 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
- ⁸ 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
- ⁹ Inca : les cancers en France en 2016 L'essentiel des faits et chiffres mel 20170203
- ¹⁰ HAS 2019 Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 Synthèse et recommandations https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/synthese_et_recommandations_hpv.pdf
- ¹¹ 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 Epidémiol Hebd. 2017;(2-3):32-8.
- ¹² P. Petignat C. Bouchardy P. Sauthie. Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives. Rev Med Suisse 2006;31406.
- ¹³ De Vuyst, H, Clifford G, Li N, Franceschi S. HPV infection in Europe. European Journal of Cancer 2009 ; 45:2632-9.
- ¹⁴ Sigurdsson K, Sigvaldason H. Is it rational to start population-based cervical cancer screening at or soon after age 20? Analysis of time trends in preinvasive and invasive diseases. Eur J Cancer. mars 2007;43(4):769-74.
- ¹⁵ Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. Bmj 2009 ; 339 : b2968
- ¹⁶ Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_0.html
- ¹⁷ <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale-Thesaurus>
- ¹⁸ Wensveen C, Kagie M, Nagelkerke N, Trimboos 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.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_575_gondry.pdf
- ¹⁹ <http://www.societe-colposcopie.com/professionnels-de-sante/charte-de-qualite-en-colposcopie/conditions-dadhesion-la-charta>
- ²⁰ Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale - Thésaurus - Ref : RECOCCUTHES2016 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Conduite-a-tenir-devant-une-femme-ayant-une-cytologie-cervico-uterine-anormale-Thesaurus>
- ²¹ L. Einaudi, L. Boubli, X. Carcopino Comment les traitements d'exérèse des CIN sont-ils réalisés en France ? Une enquête nationale Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 44, Issue 5, Pages 403-410