

# HPV et cancer du Col de l'Utérus: les liaisons dangereuses

Diaporama expert MG

Soirées de formation ADOC 94

Campagne de dépistage organisé cancer du col de l'utérus

# Epidémiologie des HPV

Très répandus

Très résistants dans l'environnement

Plus de 200 génotypes dans 3 grands groupes:

- Muqueux/ génital à **haut** risque cancérigène
- Muqueux/ génital à **faible** risque cancérigène
- Cutané

# Des virus fréquemment portés

- Les infections à HPV:
  - sont sexuellement transmissibles
  - surviennent généralement peu de temps après les premiers rapports sexuels, voire même par contact intime simple: **85% des patientes ont rencontré l'HPV 1 an après les 1ers rapports (17 ans en moyenne en France)**
- l'utilisation du préservatif:
  - diminue de façon significative la fréquence des infections cervicales et vulvo-vaginales par les HPV
  - mais ne les prévient pas

# Manifestations variées

- Majorité des infections **asymptomatiques**, latentes ou transitoires
- Quand symptomatique,
  - le plus souvent responsables de lésions type **condylomes** ou verrues
    - Parfois cancer vagin, pénis, anus (le plus souvent HPV-16)
    - Certains cancers des voies aéro-digestives
    - Rares cancers cutanés

# Surtout un risque de cancer du col

- 8 génotypes sont impliqués dans presque 90 % des cancers du col utérin, par ordre de fréquence:
  - 16, 18 ( $\approx 2/3$  des cancers invasifs du col de l'utérus)
  - 45, 31, 33, 52, 58, 35
- De l'ADN d'HPV à potentiel cancérigène est retrouvé élevé dans 95 à 100% des cancers épidermoïdes du col de l'utérus

# Risque de cancer suite à HPV

Persistance du virus, facteur nécessaire d'oncogénicité;

favorisée par:

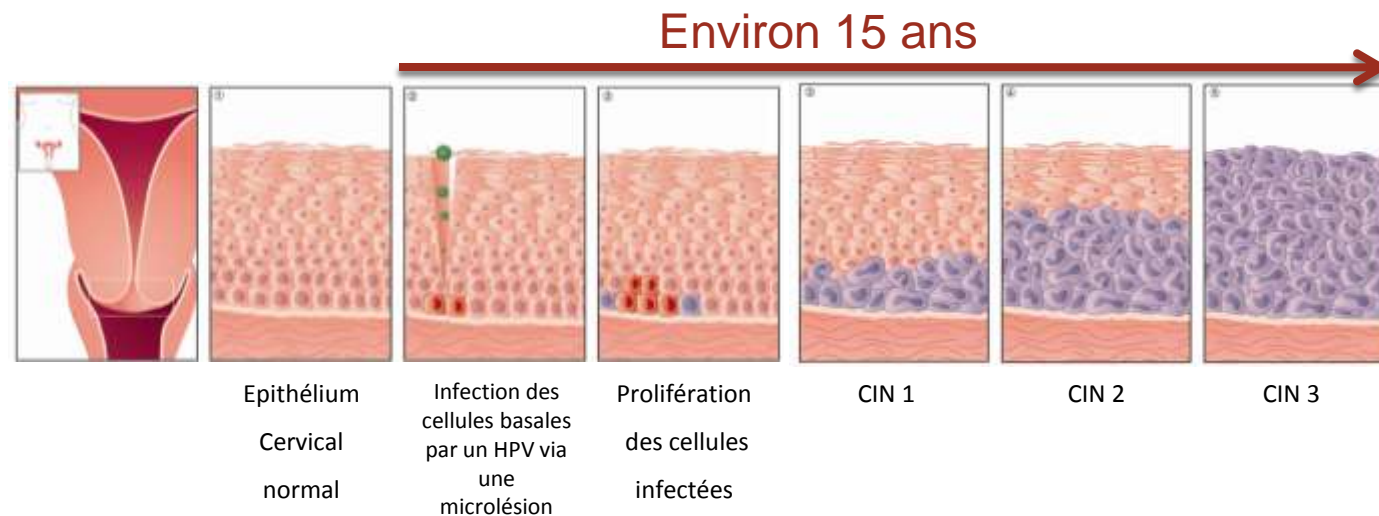
- Certains types viraux ( géotypes 16++ et 18)
- Immunodépression
- ± tabagisme (> 15 cigarettes/jour?), autres IST, certains facteurs génétiques, forte charge virale?

En revanche,

- l'âge au 1er rapport sexuel
  - & le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie
- sont des facteurs de risque d'infection mais pas de persistance du virus

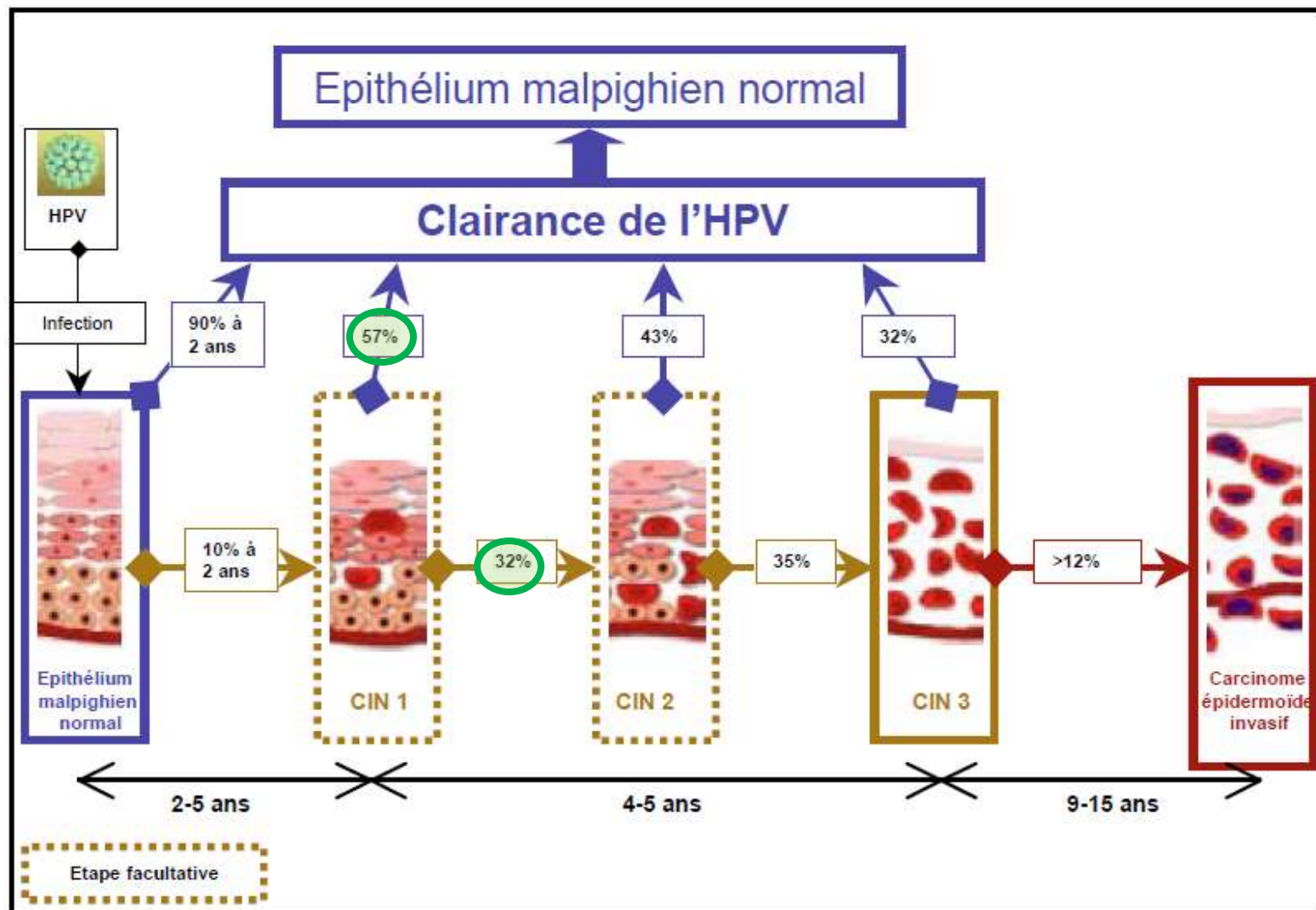
# Évolution vers le cancer peu fréquente:

- Infection chronique du col de l'utérus par certains HPV à risque cancérigène élevé provoquent des lésions à type de **lésions intra-épithéliales** (ou CIN)



- Toute lésion intra-épithéliale a la possibilité de régresser spontanément

# Probabilités moyennes de régression, de persistance et d'évolution des CIN

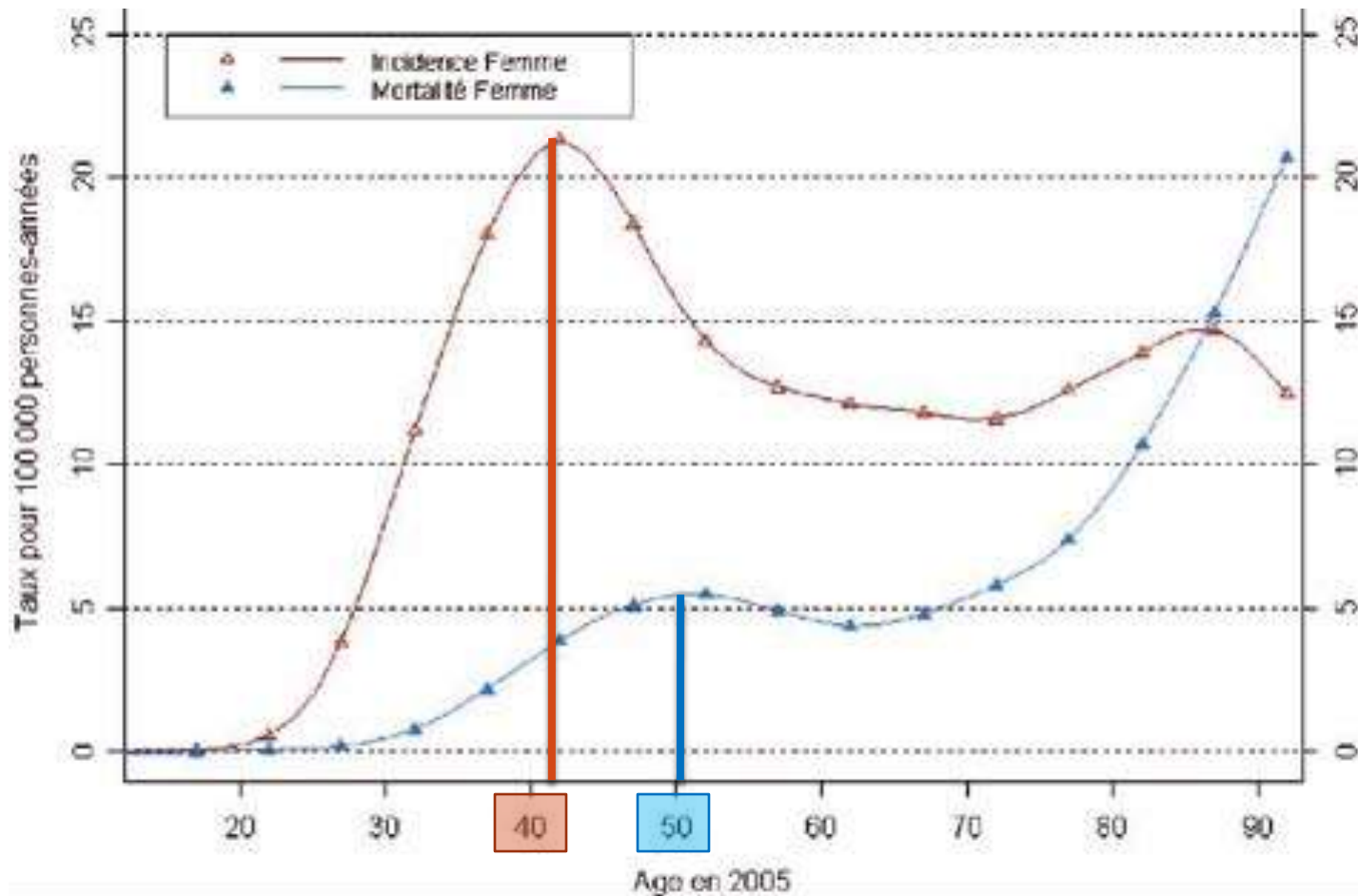




# Quelques données épidémiologiques sur le cancer du col

- En France, 10<sup>ème</sup> cancer chez la femme par sa fréquence:
  - $\approx 3000$  cas/an
  - environ 1000 décès/an.
- Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005:
  - taux annuel moyen de décroissance de 2,9%
  - taux de mortalité a diminué en moyenne de 4% par an

# Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 (courbes transversales) – France (taux bruts)





ADOC 94  
centre  
de coordination  
des dépistages  
des cancers

# Dépistage organisé

Dr Catherine Azoulay

ADOC 94

[catherine.azoulay@adoc94.org](mailto:catherine.azoulay@adoc94.org)

## Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

- Il est actuellement recommandé de réaliser un FCU tous les 3 ans à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans
- après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle
- chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle
- qu'elles soient vaccinées contre l'HPV ou non.

# Des frottis efficaces mais mal répartis

- Volume des frottis remboursés correspondrait à une couverture de 89,4 % si les femmes ne faisaient qu'un seul frottis de dépistage tous les 3 ans

## MAIS...

1. taux de couverture moyen/FCU sur la période 2004-2006 n'est que de 57 %
2. certaines femmes se font dépister à un rythme plus fréquent tandis que d'autres se font peu ou pas dépister.
3. FCU abandonné le plus souvent après l'âge de 50 ans, alors que le risque de cancer du col ne diminue pas après cet âge

# La HAS recommande le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Le dépistage organisé a fait la preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel en termes:

- d'efficacité, d'efficience
- ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention.
- Il permet de mettre en œuvre une démarche d'assurance qualité.
- Il peut être évalué (et amélioré).
- Il permet de rationaliser les moyens mis en œuvre: compenser l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation par une diminution des gaspillages (actes et interventions inutiles).
- Il prévoit des actions complémentaires afin d'augmenter la participation des femmes.

Envoi d'une **invitation** nominative aux femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas réalisé de FCU dans les 3 dernières années



Réalisation du **FCU** par le préleveur:  
médecins généralistes,  
anatomo-cytopathologistes et biologistes sur prescription médicale,  
gynécologues médicaux et obstétriciens, sages-femmes



Le pathologiste renvoie le résultat au préleveur ou prescripteur  
**ET**  
à l'ADOC 94

# Différences par rapport aux 2 autres campagnes:

- Programme **pilote** de 3 ans
- Invitation des femmes n'ayant **pas de suivi gynécologique** (pas de frottis depuis au moins trois ans).

Si la femme réalise régulièrement un frottis de dépistage, elle ne recevra pas de courrier.

- **Pas de prise en charge** à 100%
- Il n'existe **pas de laboratoire agréé**; le préleveur peut adresser le prélèvement au cabinet d'anatomo-pathologie de son choix