

Congrès CNGE 2018
Résumé de la Session consacrée au dépistage du cancer du col utérin
Lionel DUQUESNE – IMG 3^{ème} semestre – Lille

Avec environ 3 000 nouveaux cas et 1 100 décès par an, le cancer du col de l'utérus représente la 12^e cause de cancer et la 10^e cause de mortalité par cancer chez la femme en France, il est attribuable dans près de 100 % des cas à une infection par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV), infection transmissible par contact sexuel.

Le cancer du col utérin est accessible à un dépistage réalisé pour l'instant de façon individuelle (à la différence du cancer du sein ou le dépistage est organisé) par frottis cervico-vaginal (FCV) triennal après 2 frottis normaux à un an d'intervalle chez des patientes âgées de 25 à 65 ans. Le FCV peut être réalisé par le médecin traitant, le gynécologue, la sage-femme ou par certains laboratoires ou centres de PMI.

Le cancer du col utérin est aussi accessible à la prévention primaire à l'instar de la vaccination systématique des jeunes filles et des jeunes garçons que pratiquent la Finlande et les Pays-Bas et qui permet, par l'éradication du sérotype oncogène HPV 16, la suppression de toutes les dysplasies avant 30 ans.

Les résultats présentés étaient ceux des études préliminaires à l'étude PACUDALH Gé menée en Flandres d'après des données issues de la base de données SIAM-Erasme de la CPAM des Flandres et concernait les facteurs liés à la pratique du dépistage par FCV. Les données de 93 909 patientes ont donc été analysées sur une durée de 3 ans et ont permis de montrer que la réalisation du dépistage du cancer du col utérin était dépendante de plusieurs facteurs inhérents essentiellement aux patientes. Il a ainsi été mis en évidence que même si 50% des généralistes de la base SIAM-Erasme des Flandres ne réalisaient pas de FCV, l'influence de l'offre de soins en gynécologie à proximité du cabinet de médecine générale n'était significative qu'après ajustement sur le niveau socioéconomique de la patiente. De même, les caractéristiques du médecin (sexe notamment) n'influaient pas sur la réalisation ou non du dépistage en raison des possibilités de délégation de l'acte technique (à une collaboratrice, au gynécologue, à la sage femme,...).

En revanche, il est clairement établi que le niveau socioéconomique de la patiente influe sur la pratique ou non du FCV, dans la mesure où le taux de participation au dépistage qui est en moyenne de 62% des femmes étaient statistiquement inférieur dans les zones où l'EDI (indice de déprivation/défavorisation européen) de la zone géographique du cabinet de médecine générale ou consulte la patiente était plus élevé. Ainsi, les patientes au niveau socioéconomique bas participent moins au dépistage alors qu'il a été établi que leur risque de cancer du col avancé était significativement plus important.

Il a également été démontré que la pratique du FCV était statistiquement associée à la réalisation de la mammographie et du test immunologique fécal chez des patientes jeunes.

La discussion sur les moyens de sensibiliser les patientes socio-économiquement défavorisées à la réalisation du frottis a montré que si le test de recherche d'HPV par auto-prélèvement permettait à quelques patientes de réaliser ce dépistage, il n'en demeure pas moins que la portion de femmes les plus défavorisées n'étaient pas impactées par ce type de mesures, pas plus que par la diffusion d'affiches ou de spots vidéo d'incitation au dépistage dans les salles d'attente, dans la mesure où leur frein principal était idéologique (refus du dépistage) ou une carence d'accès aux soins (défaut de suivi médical, nomadisme médical, procrastination...).

Il convient aussi de rappeler que dans beaucoup d'études la réalisation du dépistage du cancer du col utérin implique la réalisation du FCV à intervalles fixes de 3 ans, or, nombreuses sont les femmes qui réalisent leur frottis à une périodicité différente (tous les 2 ans, au bout de 3 ans et quelques mois) et sont donc considérées à tort par les études comme ne réalisant pas le dépistage.

Au total, il résulte de cela qu'en matière de dépistage du cancer du col utérin, le bon critère de jugement serait sans doute la bonne information des patientes quant aux méthodes recommandées plus que la réalisation du frottis en lui-même dans la mesure où d'autres freins notamment psychologiques et/ou organisationnels peuvent entrer en ligne de compte. Le médecin a alors un rôle essentiellement de conseil et d'information - notamment chez les femmes socio-économiquement défavorisées - prépondérant à la réalisation technique du frottis qui peut être déléguée.

S'il n'est pas une panacée, le test de dépistage d'HPV par auto-prélèvement peut être une aide considérable pour augmenter la participation au dépistage à l'heure où les pouvoirs publics français ne semblent pas enclins à rendre la vaccination anti HPV obligatoire en lien avec la phobie vaccinale française et les scandales sanitaires passés.