



GYNAIX OPTIS

Samedi 18 janvier 2020

MAISON MÉDITERRANÉENNE DES SCIENCES
DE L'HOMME - AIX-EN-PROVENCE

Lésions précancéreuses et cancer du col de l'utérus en 2020 prévention, dépistage, prise en charge

Dr Olivier Marpeau

Département de Chirurgie Gynécologique

Hôpital Privé de Provence

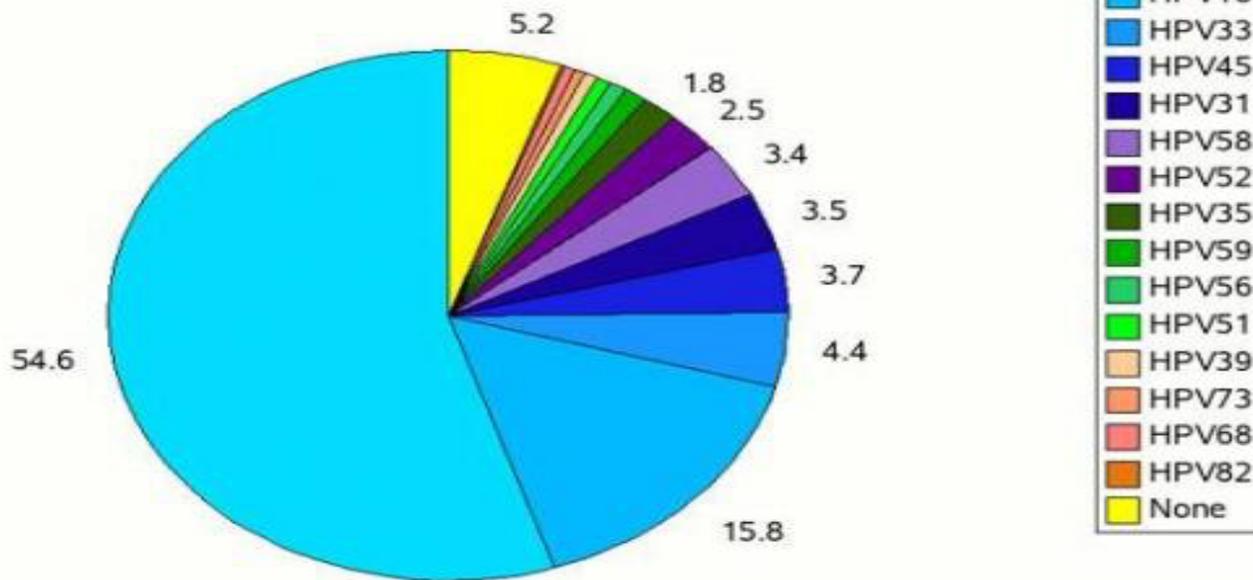


Le cancer du col de l'utérus en chiffres (2018)



- En France : 2920 nouveaux cas par an, 1117 décès
- Cancer du sein : 58459 nouveaux cas par an, 12146 décès
- Âge médian de découverte : 51 ans (25-64 ans dans $\frac{3}{4}$ des cas)
- Pic de mortalité : 64 ans
- Taux de couverture de dépistage \approx 60%

% des cancers du col de l'utérus associés aux HPV



- 80 % des femmes et des hommes sexuellement actifs
- Infection au début de la vie sexuelle
- 90 % des infections indétectables à 2 ans
- 40 types d'HPV génitaux
 - 12 HPV-HR
 - HPV 16 +18 = 70 % des cancers du col

Histoire naturelle du cancer du col

Évolution histologique de l'infection par HPV vers un cancer invasif du col de l'utérus ⁽⁵⁾

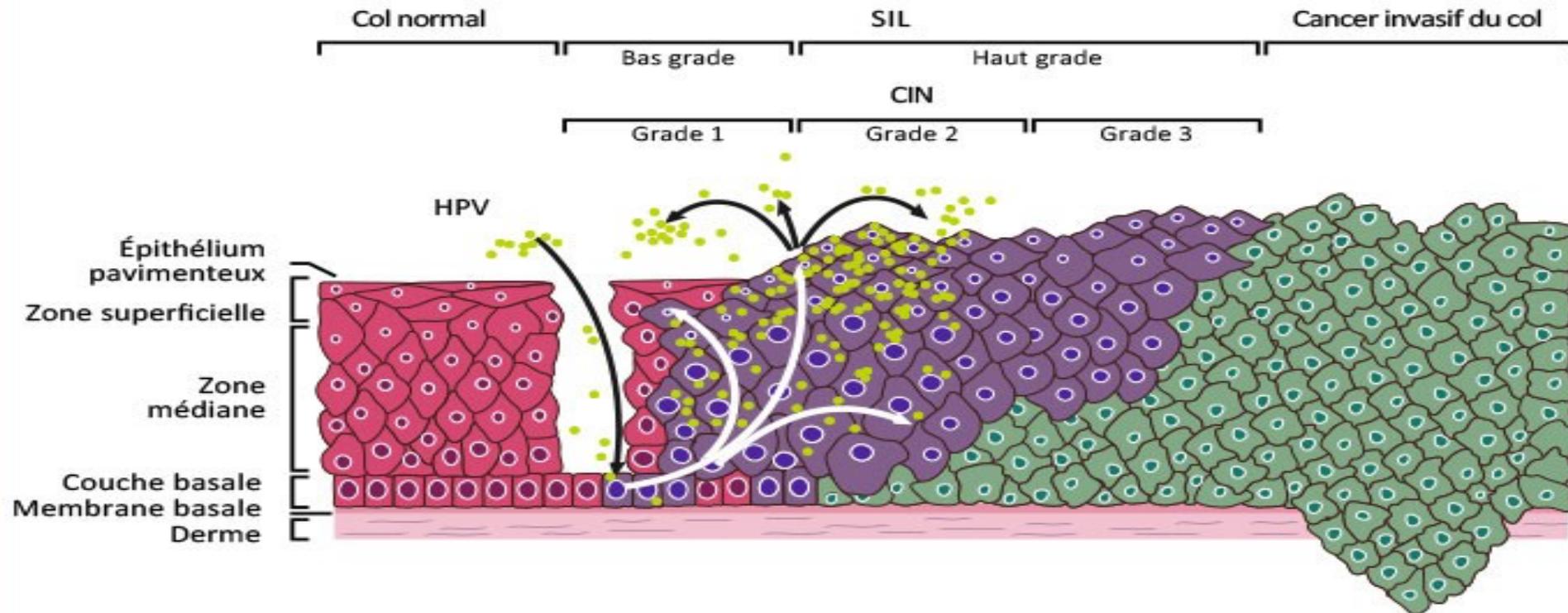


Illustration d'après Woodman C et al. Nature reviews Cancer

10 -15 ans

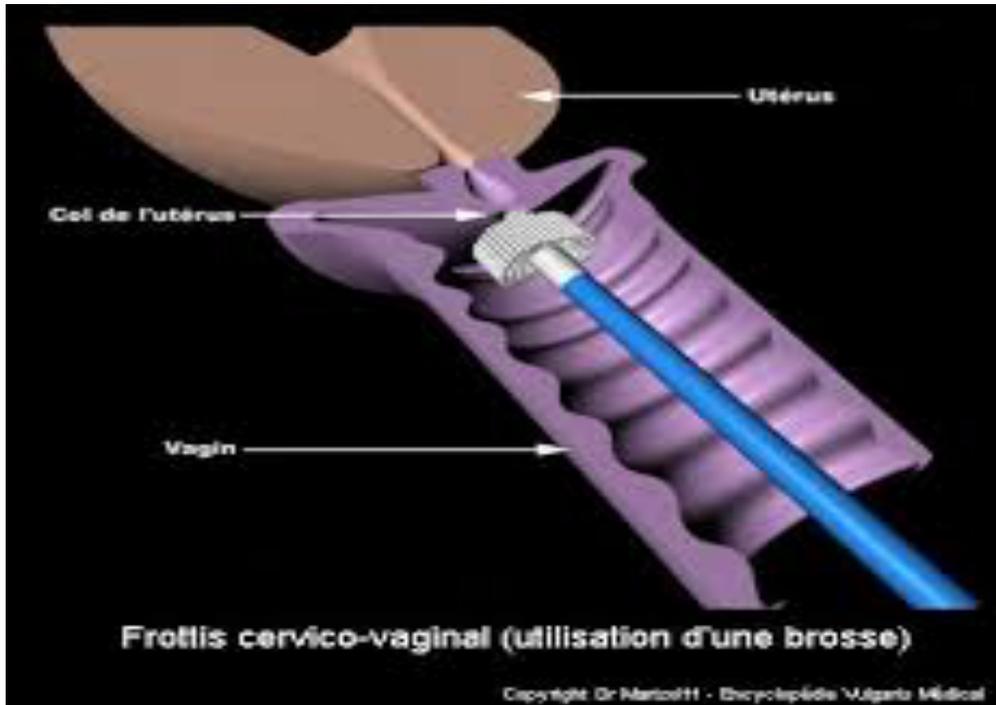
Facteur de risque nécessaire : infection **persistante** à HPV-HR



- La cible : populations non malades
- Risques associés (interventions inutiles)
- Financement collectif
- Proposer une prise en charge de qualité à l'ensemble des femmes sur l'ensemble du territoire

Le dépistage

l'examen cytologique = frottis cervico-utérin (FCU)



Prélèvement cervico-utérin par clinicien

Analyse morphologique des cellules

Performances diagnostiques pour les LIEHG

Sensibilité = 60-70%

Spécificité = 90-96 %

Interprétation subjective et variable

Performances améliorées en milieu liquide

Le dépistage le test HPV



APACHE

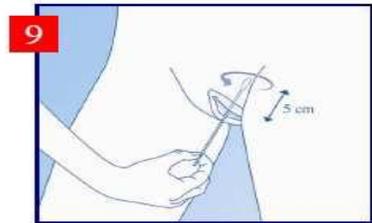
Notice pour l'auto-prélèvement vaginal n°2



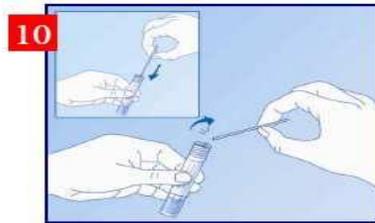
Vous disposez d'un coton-tige
et d'un tube contenant du liquide



Introduire le coton-tige dans le **vagin**



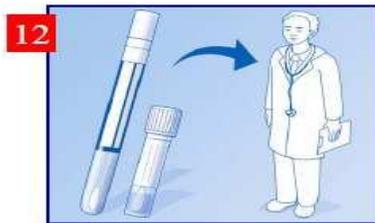
Tourner **3 fois** le coton-tige dans le vagin,
puis retirer le coton-tige



Introduire le coton-tige dans le tube,
puis **casser** le coton-tige



Fermer le tube



Donner les **2 tubes** au médecin

Nous vous remercions de votre participation

Prélèvement par clinicien ou
Auto-prélèvement vaginal (meilleure couverture)

Détection moléculaire des acides nucléiques des génotypes d'HPV-
HR

Performances diagnostiques pour les LIEHG :

Sensibilité = 90 %

Spécificité = 90 %

Plus efficace en terme de réduction de l'incidence des lésions
précancéreuses et des cancers invasifs chez les femmes de plus de 30
ans

Durée de protection plus longue après un test négatif

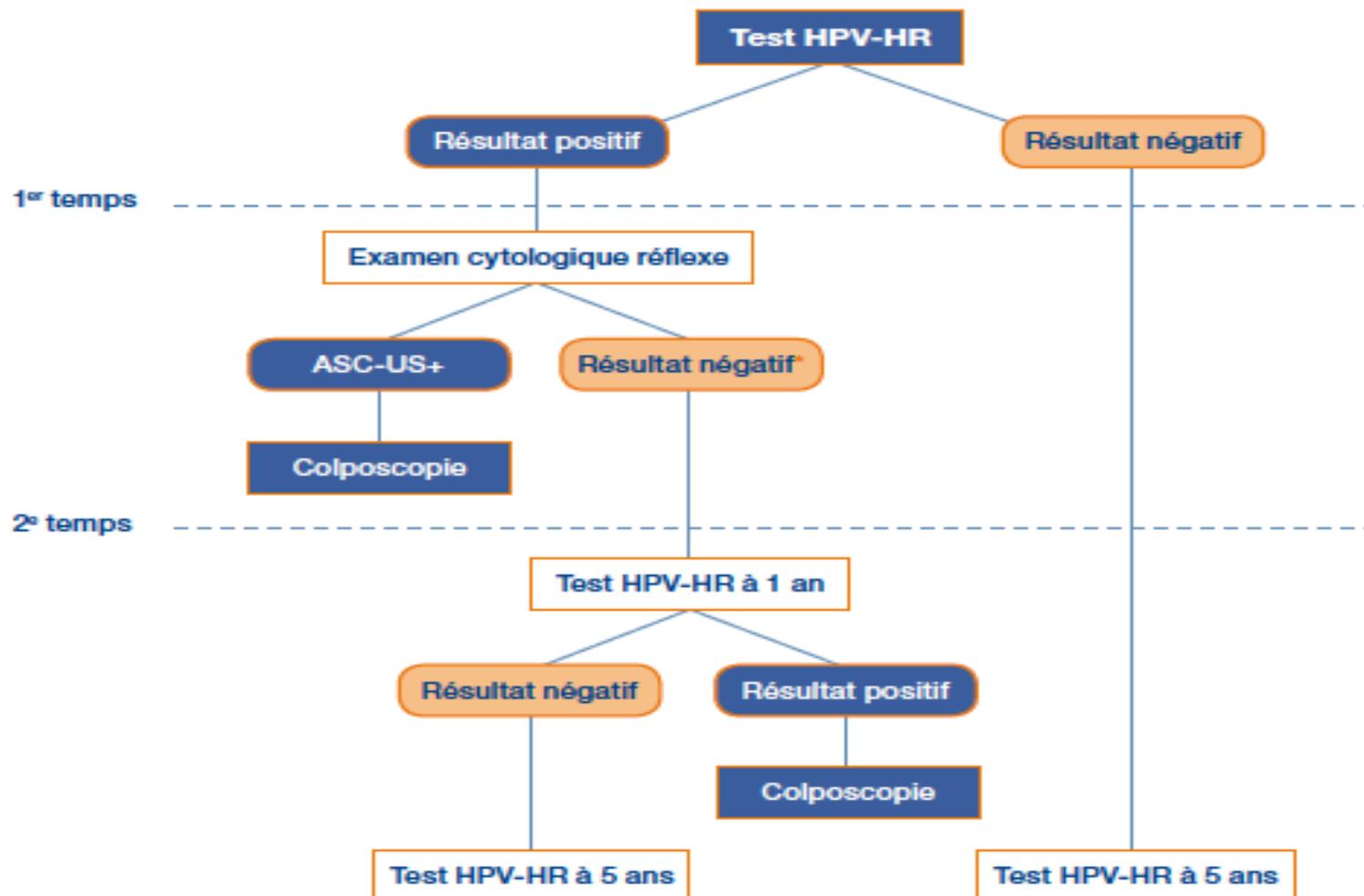
Le dépistage 25-30 ans (idem INCa 2016)



- Pas avant 25 ans
- 2 FCU à un an d'intervalle puis tous les 3 ans si frottis normal
- Examen cytologique en milieu liquide recommandé (test HPV possible sur le même prélèvement)
- Si FCU anormal, recommandations de l'INCa : colposcopie

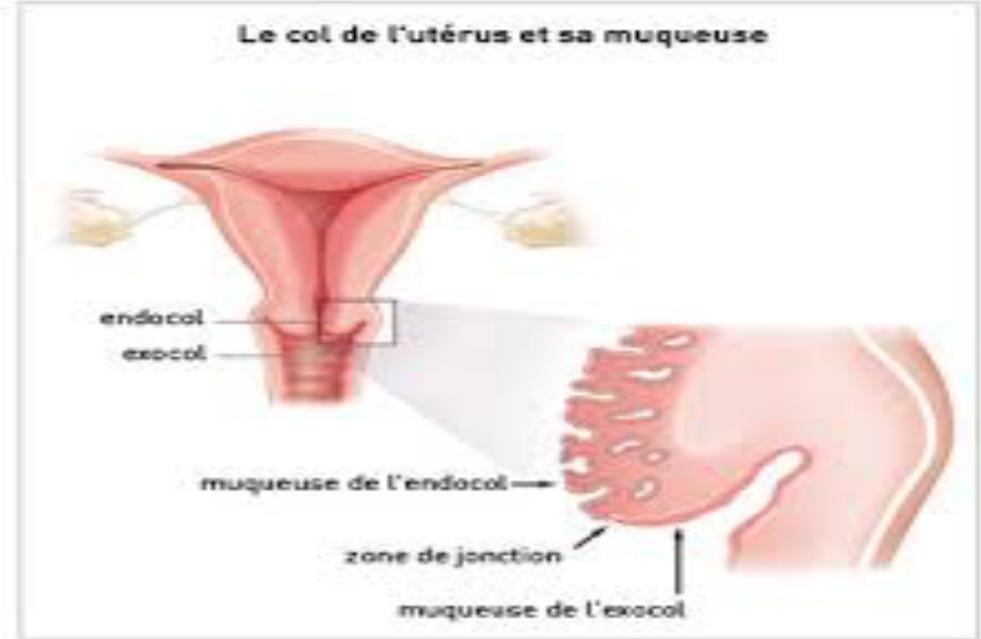
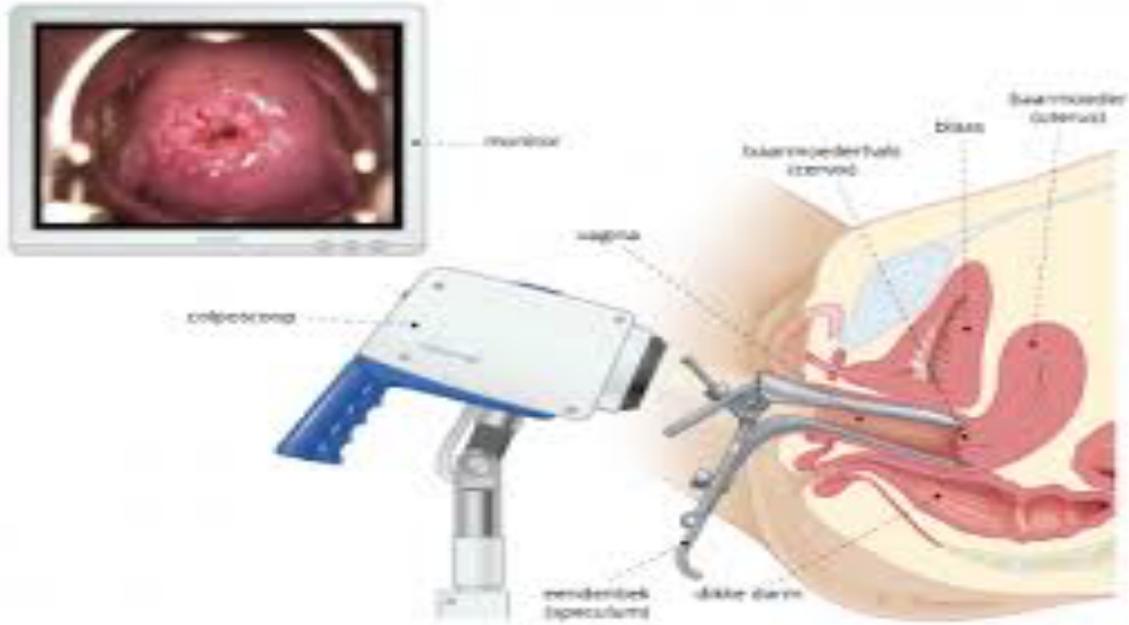
Le dépistage 30-65 ans (nouveau HAS 2019)

Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU

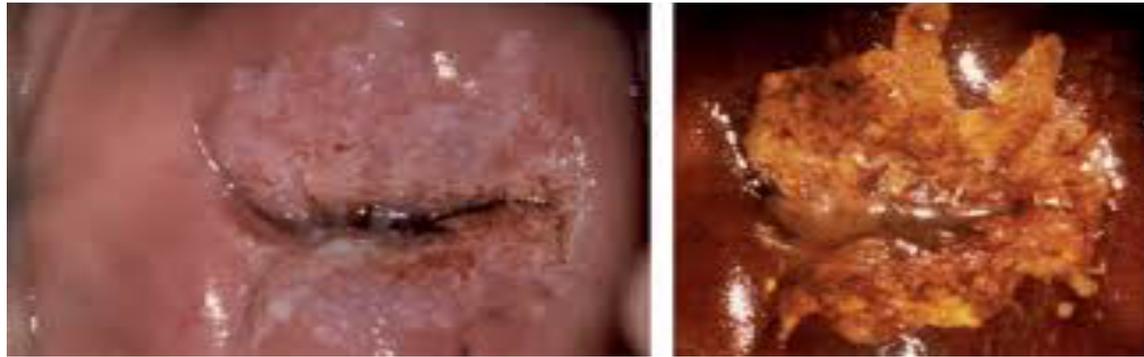


* résultat négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne

Diagnostic des lésions précancéreuses du col : la colposcopie



Diagnostic des lésions précancéreuses du col : la colposcopie



Lésion de bas grade



Lésion de haut grade

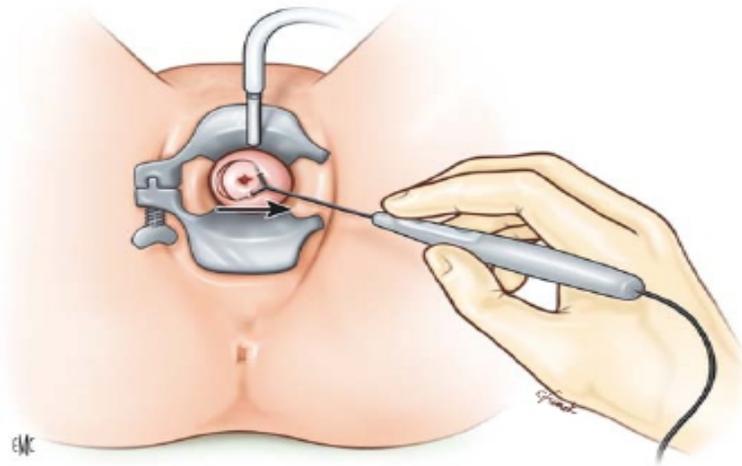
- ASCUS - HPV positif
- AGC (atypies glandulaires) – HPV positif (+curetage endocol)
- ASC-H
- LSIL (lésion de bas grade)
- HSIL (lésion de haut grade)

Donc, colposcopie indiquée pour tout FCU anormal sauf

ASCUS - HPV négatif

AGC – HPV négatif

Traitements destructeurs : Laser, cryothérapie



Résection du col à l'anse



Conisation chirurgicale

Vaporisation laser : CIN 1 persistant
Résection ou conisation : CIN 2 et CIN 3

MAIS

Histoire naturelle du CIN 1 = guérison dans les 24 mois (60%)
Progression vers cancer invasif du CIN 1 = 1%

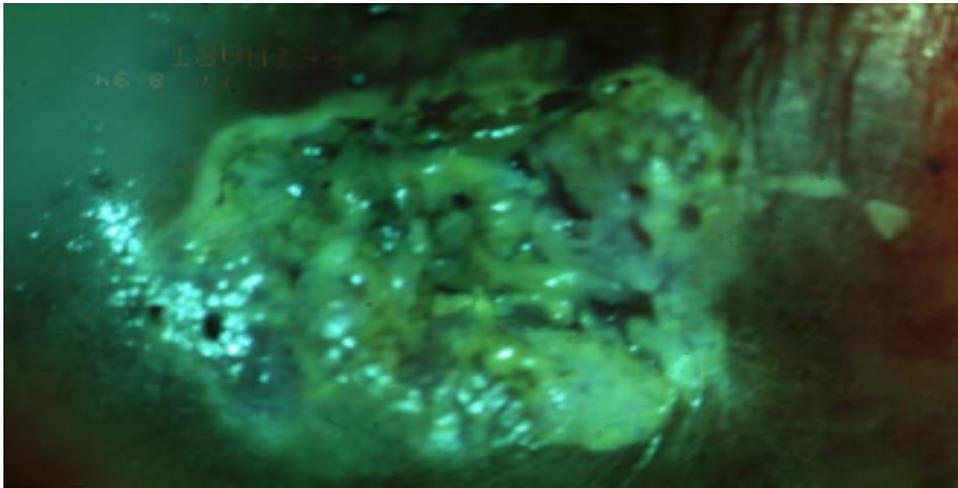
Conséquences des traitements ablatifs

gynécologiques : hémorragie, sténose du col, infertilité
obstétricales : accouchement prématuré (X2), césarienne (X3)
néonatales

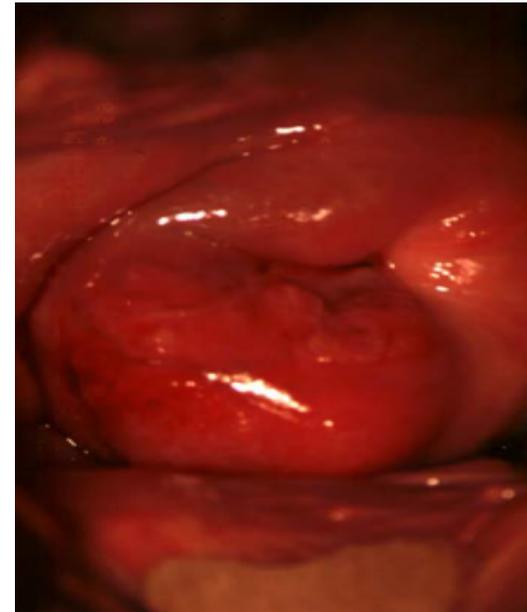
Quand suspecter un cancer du col infiltrant?



- Métrorragies provoquées, leucorrhées
- Signes d'extension loco-régionale (uretères, vessie, rectum)
- Ou diagnostic lors d'une colposcopie ou sur pièce de conisation

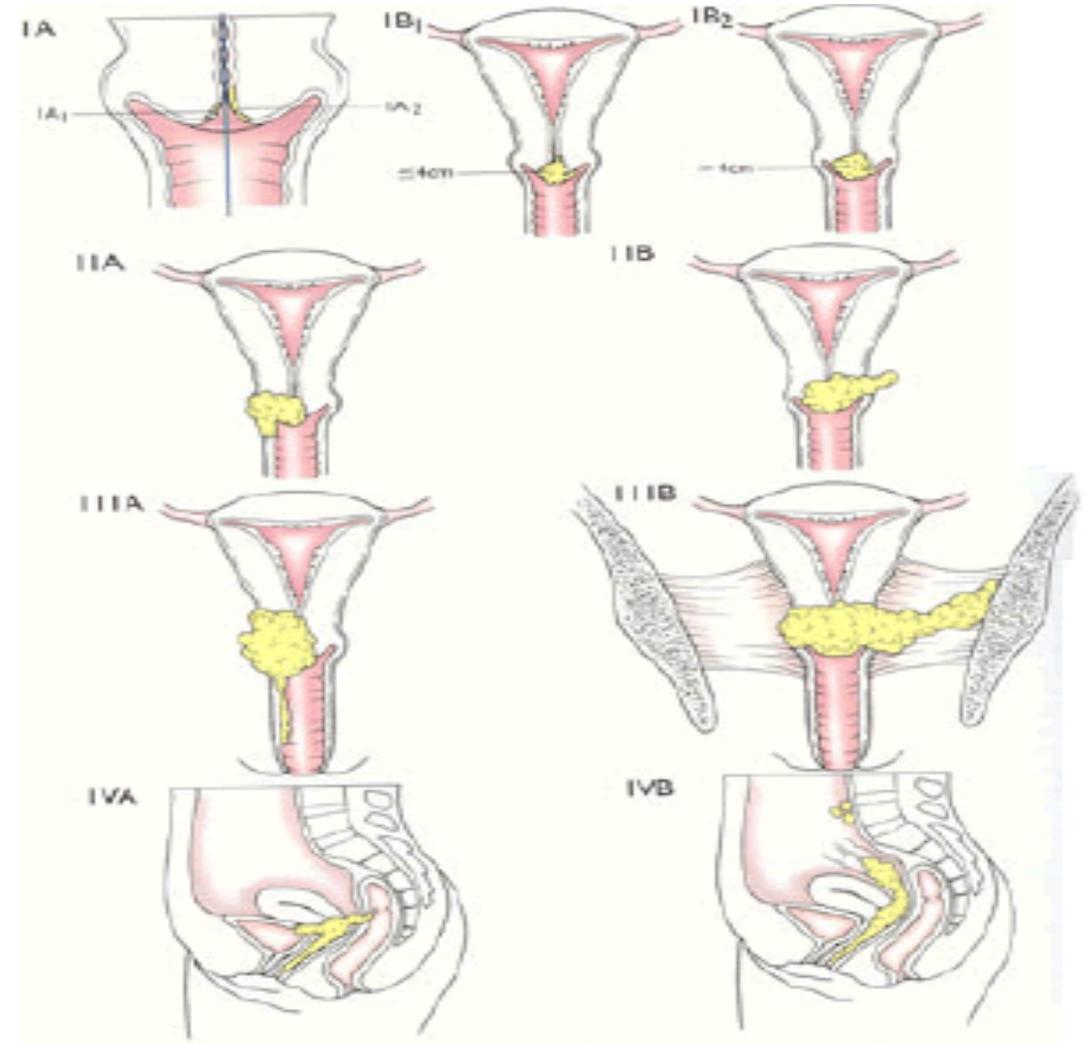


Forme exophytique
ou bourgeonnante



Forme endophytique
de manifestation plus tardive

- Biopsie du col : diagnostic histologique
- Bilan d'extension :
 - Locorégionale : IRM pelvienne
 - À distance : scanner thoraco-abdominopelvien



Classification FIGO

- Chirurgie exclusive (<IB2):
 - Conservatrice : conisation, trachélectomie
 - Radicale : hystérectomie totale, colpohystérectomie totale avec annexectomie et lymphadénectomie pelvienne
- Radiothérapie exclusive
- Association radio-chirurgicale (curithérapie)
- Association radio-chimiothérapie concomitante (\geq IB2) : cisplatine

Chirurgie du cancer du col

Le retour de la laparotomie ?



- Novembre 2018, NEJM :
 - Melamed et col. : 2461 hystérectomies 2010-2013; décès cœlio 9 % v. décès laparo 5 %
 - Ramirez et col. : 631 hystérectomies, survie sans récidence 86 % si cœlio v. 96 % si laparo
- Base de données épidémiologiques 200-2010 : survie stable avant 2006, - 0,8% par an après 2006

Taux de couverture vaccinale des jeunes filles (11-14 ans) en France \approx 20 %

- HPV :
 - 6300 cancers par an en France : col (2900), pharynx (1400), anus (1512), vulve, vagin, pénis (500)
 - 30000 lésions précancéreuses du col
 - 100000 diagnostics de papillomatose laryngée et verrues génitales
- 3 vaccins disponibles :
 - bivalent (16, 18)
 - quadrivalent (6, 11, 16, 18)
 - nonavalent (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58)

- **Efficacité démontrée :**
 - Éviction de 90 % des cancers
 - Éviction de 80 % des lésions précancéreuses
- **Tolérance démontrée :**
 - 26 essais contrôlés, 73000 femmes : pas plus d'effets indésirables dans le bras vaccinées (Cochrane 2018)
 - 270 millions de doses, aucune augmentation des maladies graves, ni auto-immunes (OMS, juillet 2017)
- Recommandation de **vaccination universelle** (filles et garçons) :
 - Prévention directe contre les maladies causées par ces virus
 - Protection indirecte des jeunes filles par les garçons



Vaccination anti HPV par Gardasil 9[®] pour tous les garçons de 11 à 14 ans révolus selon un schéma à 2 doses

Rattrapage possible entre 15 et 19 ans selon un schéma à 3 doses

Maintien d'une recommandation vaccinale spécifique par Gardasil 9[®] pour les hommes homosexuels jusqu'à 26 ans selon un schéma à 3 doses

Les raisons :

- Efficacité démontrée dans la prévention des verrues anogénitales et des lésions pré-cancéreuses de l'anus dans la sous-population des homosexuels

- Freiner la transmission du virus

- Protéger les garçons et les filles

- Bon rapport coût-efficacité dans les pays à faible couverture vaccinale

- Enjeu éthique

3 moyens pour diminuer significativement l'incidence des cancers du col et des autres lésions HPV induites

La prévention primaire : prophylaxie par vaccination universelle (11-14 ans)

La prévention secondaire : dépistage par test HPV HR (en première intention, 30-65 ans)

La prévention tertiaire : résections chirurgicales économes

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

Dr Olivier Marpeau

Chirurgie Gynécologique

Hôpital Privé de Provence

E-mail : dr.marpeau@orange.fr

Tel : 06 64 11 51 42

docteurmarpeau.com