

## **Incidence et mortalité du cancer du col utérin, influence du dépistage.**

Le cancer du col utérin est la seconde cause de mortalité par cancer chez la femme dans le monde, surtout dans les pays en développement<sup>1</sup>. La tendance générale dans le monde est cependant celle d'une baisse de l'incidence et de la mortalité chez les femmes de 35 à 74 ans; une étude à partir de données internationales et de l'OMS conclue: "on observe une diminution large et globale dans les régions où fonctionnent de bons programmes de dépistage, et une augmentation modérée et inexpliquée chez les femmes des jeunes générations dans certaines régions". Quelle est l'influence réelle du dépistage sur ces évolutions? Les corrélations sont difficiles à établir en l'absence d'études randomisées. Deux études viennent de paraître: l'une française<sup>2</sup> où il n'y a pas de dépistage organisé, l'autre anglaise<sup>1</sup> où le dépistage est organisé depuis 1964.

**L'étude française** apporte les données de 9 registres départementaux du cancer: nombre de cancers invasifs et in situ. La tendance évolutive sur la période 1982-1992 a pris en compte les données utilisables de 5 registres.

**Les cancers invasifs** sont exceptionnels avant 25 ans: 26 (0,46%) sur 5591 enregistrés entre 1975 et 1992. L'âge moyen de diagnostic se situe autour de 55 ans. Entre 1982 et 1992 l'incidence a diminué significativement de 3,5% par an ( $p < 0,001$ ), soit 33,5% en 11 ans, le taux d'incidence standardisé passant de 15,6 à 8,6/100 000 entre 1978 et 1992. Cette diminution significative entre 45 et 69 ans, n'apparaît pas en-deçà et au-delà.

L'âge moyen du diagnostic des cancers invasifs n'a pas changé, mais celui des lésions in situ a diminué de près de 7 ans, passant de 44 à 37 ans, traduction sans doute d'un dépistage plus important dans ces tranches d'âge.

Le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs est passé de 5992 en 1975 à 3268 en 1995, et la mortalité de 2492 à 1632; le cancer du col utérin passant du 3<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> rang des cancers féminins.

**Les auteurs concluent** que la diminution du nombre des cancers invasifs et l'augmentation des cancers in situ permettent de penser que le dépistage spontané se traduit déjà par des bénéfices non négligeables. Ils rappellent qu'un dépistage généralisé tous les 3 ans à toutes les femmes de 25 à 65 ans pourrait faire diminuer cette incidence de 90%. Pour eux, cette étude n'apporte pas de données amenant à remettre en cause le rythme triennal.

**L'étude anglaise** a analysé les corrélations entre l'efficacité des campagnes de dépistage (en terme de couverture), l'incidence et la mortalité par cancer du col issues des données des registres du cancer de 1971 à 1995.

**Le programme de dépistage** avait un taux de couverture autour de 42%. Après la réforme de 1988 il a augmenté jusqu'à 85% depuis 1994, incluant tous les âges, particulièrement entre 55 et 64 ans. **Les carcinomes in situ** ont une augmentation parallèle à celle des frottis: de 10 à 80/100 000 entre 1971 et 1991.

**Les cancers invasifs** sont restés à un taux stable entre 1971 et les années 80. Depuis ils sont passés de 15 à 10/100 000 en 1995 (-35%), dans la tranche 30-74 ans.

**La mortalité** a diminué annuellement de 1,5% de 1950 à 1987, de 3,7% depuis. Mais surtout, alors que dans les années 60 cette mortalité avait tendance à augmenter chez les femmes de 25 à 34 ans, on peut penser que sans le dépistage cette évolution se serait poursuivie.

**Le coût annuel** du dépistage est de £132 millions, 4 fois le coût du dépistage du cancer du sein. Il pourrait être réduit, sans réduire nettement l'efficacité, en ramenant la périodicité de 3 à 5 ans, et en l'arrêtant pour les femmes de plus de 50 ans ayant eu trois frottis normaux.

**Les auteurs concluent** que la chute de l'incidence du cancer du col est liée à l'amélioration du dépistage. La chute de la mortalité des femmes âgées n'est pas due au dépistage, par contre pour les femmes de moins de 55 ans, le dépistage a sans doute évité 800 morts en 1997.

Ces données appellent plusieurs conclusions:

- si elles n'ont pas la force d'un essai randomisé, elles apportent des arguments en faveur de l'efficacité des frottis de dépistage par les courbes parallèles de la couverture des femmes et des cancers in situ et leur croisement avec celle des cancers invasifs.

- l'amélioration de la situation anglaise depuis la réforme de 1988 montre que l'efficacité d'un programme de dépistage passe par les deux mesures qui ont été prises: convocation des femmes avec relance, intéressement financier des médecins. Espérons que les projets français tiendront compte de cette expérience.

Le rythme triennal, contesté dans les milieux gynécologiques après la recommandation de l'ANDEM<sup>3</sup>, ne semble pas devoir être remis en cause. Ces études n'apportent pas d'information sur les âges de début et de fin du dépistage, ni sur la typologie des femmes non dépistées.

1 - Quinn M et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. Br Med J. 1999;318:904-8

2 - Weidmann C et al. L'incidence du cancer du col de l'utérus régresse régulièrement en France. B E H 1998;5:17-20

3.- ANDEM. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col. Recommandations et références médicales. 1995;T2:9-24

**Mots-clé:** cancer, col utérin, incidence, mortalité, dépistage

*Numéro 144 du 6 mai 1999*