

Cancer du col de l'utérus : données épidémiologiques actuelles

Mots clés :

Cancer
Col utérin
Epidémiologie
Papillomavirus

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin dans le monde entier, le premier dans la plupart des pays en voie de développement (plus de 80% de ces cancers)¹. Toutes les études épidémiologiques le confirment : il a pour cause essentielle une infection sexuellement transmissible (IST) à papillomavirus¹. Dans les pays industrialisés, l'amélioration des conditions d'hygiène de vie et la mise en œuvre, même imparfaite, du dépistage pourraient inciter à penser que ce cancer devient rare. La mise sur le marché de vaccins contre les papillomavirus potentiellement les plus dangereux pose de nombreuses questions en termes d'éthique, d'épidémiologie et de politique de santé². Deux synthèses de l'INSERM³ et de l'institut de veille sanitaire⁴ ont actualisé les données françaises.

Tendances historiques de la maladie

1- **Une grande inégalité de répartition mondiale au bénéfice des pays industrialisés.** L'incidence varie de moins de 10 pour 100 000 femmes dans ces zones « favorisées » à plus de 90 dans certains pays d'Afrique ou d'Amérique du sud^{1,2}. La France fait partie des pays européens à la plus forte incidence (3400 nouveaux cas en 2000, 8 pour 100 000 femmes), mais avec la même mortalité que les autres pays d'Europe (15^{ème} rang des décès féminins, moins de 900 en 2000)⁴.

2- **Une diminution constante de l'incidence et de la mortalité en France** entre 1978 et 2000 (de près de 3% et 4,5% en taux moyens annuels respectifs)⁴.

3- **Age médian au diagnostic : 50-51 ans.** Partout dans le monde, l'incidence augmente régulièrement entre 20 et 40 ans, puis diminue ensuite³.

4- **Le risque relatif annuel de surmortalité lié au CCU est actuellement stable et de faible amplitude** (moins de 2% chaque année). Chez les femmes jeunes (15-44 ans) ce taux diminue à 1% dès la 5^{ème} année après le traitement, et devient négligeable au-delà³. Il est très inférieur à celui des femmes plus âgées.

Ces deux derniers points expliquent que le pic de mortalité lié à ce cancer se situe aux environs de 50-51 ans.

Cancer du col : IST virale

Il est maintenant admis que le cancer du col utérin est une maladie d'origine infectieuse à évolution lente. Une infection persistante à papillomavirus (HPV) est en cause. Le papillomavirus est retrouvé dans pratiquement 100% des cancers du col. Il est transmis par contact sexuel, souvent lors des 1^{ers} rapports, 2 à 3 femmes sur 4 étant infectées entre 15 et 44 ans, de manière sou-

vent transitoire : le virus devient indétectable dans 70% des cas à 1 an, 90% à 2 ans (ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il n'est plus là). Parmi la cinquantaine de génotypes viraux actuellement reconnus comme étant en cause dans les infections génitales, une trentaine sont considérés comme à haut risque (potentiellement oncogènes), 8 sont impliqués dans 95% des cancers du col, les génotypes 16 et 18 dans 70% des cas de la zone Amérique du nord - Europe¹ (pas de données françaises spécifiques). **Mais moins de 5% des femmes infectées par HPV 16 développeront un cancer du col au cours de leur vie.** Il faut aussi la présence de cofacteurs de la carcinogénèse, environnementaux (contraception orale > 5 ans, tabagisme actif), viraux (charge virale élevée) ou personnels (génétiques, immunitaires...). L'âge du 1^{er} rapport, le nombre de partenaires sexuels, ou toute autre caractéristique de la vie sexuelle, ne sont pas considérés comme cofacteurs, mais plutôt comme marqueurs du risque d'infection par HPV⁴.

Evolution des lésions cervicales

A partir de l'infection initiale, les lésions du col évoluent plus de 10 ans avant le stade de cancer invasif. **Pour chaque lésion, il existe une probabilité non négligeable de régression vers un épithélium normal** (de 30 à 50%) accompagnant la clairance virale, y compris au stade de carcinome in situ (CIN 3). Par ailleurs, il y a **corrélation entre la sévérité de l'anomalie cytologique et la proportion des tests positifs pour un HPV à haut risque.** L'incidence réelle des différents stades intermédiaires n'est cependant pas connue en France⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

L'incidence et la mortalité du CCU continue à régresser dans notre pays comme dans tous les pays industrialisés, en partie du fait de la prévention :

- **La prévention secondaire**, en grande partie responsable de ce progrès, pose toujours des questions non résolues, notamment celui de la participation (et plus exactement de la non-participation) des femmes au dépistage.

- **La possibilité de prévention primaire** (vaccination contre certains types de HPV) pose la même interrogation concernant la participation et soulève d'innombrables autres questions.

Nous reviendrons sur ces 2 points.

Références :

- 1 – Munoz N. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *NEJM*. 2003;348:518-27.
- 2 – Colgrove J. The ethics and politics of compulsory HPV vaccination. *NEJM*. 2006;355:2389-91.
- 3 – Expertise collective. *Cancers. Pronostic à long terme*. Paris: INSERM; 2006.
- 4 – Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. *Etat des connaissances*. Sur www.invs.sante.fr