

Cancer du col utérin : des ratés dans la prévention secondaire ?

Mots clés :

Cancer
Col utérin
Dépistage
Frottis

Le cancer du col utérin (CCU) est peut-être le meilleur candidat au dépistage : sa cause la plus habituelle est la persistance d'une infection virale ; elle induit des lésions dont l'évolution vers un cancer invasif se fait habituellement en plus de 10 ans¹ ; le frottis décrit par Papanicolaou (en 1943 !) les dépiste ; les recommandations pour le suivi des frottis anormaux reposent sur des niveaux de preuves élevés, connus et régulièrement actualisés². Pourtant, le CCU reste dans notre pays le 7^{ème} cancer féminin en nombre de nouveaux cas, et le 13^{ème} en taux de mortalité par cancer¹. L'ensemble des données scientifiques^{2,3}, sociologiques^{1,4,5} et économiques⁶ du dépistage montre qu'il reste des progrès à accomplir¹.

Données scientifiques

La mise à jour 2003 de la recommandation américaine³ confirme des recommandations antérieures : 1^{er} frottis 3 ans après le début des relations sexuelles ou après 21 ans, puis tous les 3 ans jusqu'à 65 ans. Au-delà, si le dernier frottis est normal, les auteurs estiment que le risque de surdiagnostic et surtraitement excède le possible bénéfice de la poursuite des frottis. De même, le risque de néoplasie vaginale est trop faible pour justifier la poursuite des frottis chez des femmes hystérectomisées pour des causes bénignes. Enfin, les preuves sont insuffisantes pour remplacer le frottis de Papanicolaou par le frottis en milieu liquide (c'était aussi la conclusion de la recommandation française en 2002²).

Le système de Bethesda est le seul système de lecture des frottis actuellement recommandé^{2,3}. Il guide le choix du suivi (surveillance et traitement) des lésions détectées, en fonction de leur grade.

La recherche de HPV, proposée par certains comme méthode de dépistage du CCU à la place du frottis, n'a pas été évaluée. Sa place en association au frottis est en débat, notamment chez les femmes de plus de 30 ans. Trop d'incertitudes persistent en terme d'efficacité et de complexité de prise en charge pour qu'elle soit actuellement à l'ordre du jour en pratique courante⁷.

Données sociologiques

Le dépistage « spontané » du CCU est une pratique bien développée en France. En 2000, l'assurance maladie a remboursé plus de 5 millions de frottis¹, soit 27 frottis pour 100 femmes de 20 à 69 ans, donc une couverture

théorique de 81% de la population si chacune de ces femmes n'en réalisait qu'un dans les 3 ans. Viennent s'y ajouter environ 15% de frottis réalisés en milieu hospitalier, ce qui représenterait la quasi-totalité de la population. En réalité, le taux moyen ne dépasse pas 55% sur 3 ans : 50% des femmes répètent les frottis avant 3 ans, 40% n'en ont fait aucun durant cette période. Le dépistage « organisé » en Alsace, Isère, Martinique (Doubs jusqu'en 2004), en cours d'évaluation, semble donner de meilleurs résultats⁵. Comme partout en Europe, ce sont les femmes des classes socioculturelles les moins favorisées qui ne participent pas au dépistage, ce qui suppose une approche centrée sur les aspects médicaux mais aussi sociaux du problème⁴.

Données économiques

Plus de 6 millions de frottis ont été réalisés en France en 2004, dont 3,9% d'anormaux et 1% de frottis de suivi⁶. Le coût annuel total du dépistage s'élevait à 335 M€, dont 196 pris en charge par l'assurance maladie (6% du coût total pour la prise en charge des frottis anormaux, 8% pour le traitement des lésions). Malgré ses limites, cette étude fournit une bonne représentation économique de la situation française actuelle : la composante la plus importante des coûts est liée aux frottis de routine : plus de 80 % de la totalité des dépenses de santé liées au dépistage du CCU en France. C'est dans ce cadre global que l'on peut souligner qu'une meilleure répartition des frottis permettrait un meilleur dépistage « à coût constant ».

Que conclure pour notre pratique ?

De manière à peine caricaturale, le problème de la prévention secondaire du CCU peut être résumé par une formule lapidaire : le plus gros facteur de risque de CCU est... l'absence de frottis³. La question majeure est donc celle d'une meilleure organisation du dépistage :

- par une meilleure « **couverture** » de la population encore pas ou peu concernée, ce qui suppose une approche à la fois médicale et sociale ;
- par une bonne **qualité** des frottis (réalisation et lecture) ;
- par une **prise en charge appropriée des frottis anormaux** ;
- et donc par la mise en œuvre de **procédures pérennes**, qui passent sans doute par des programmes structurés comme ceux concernant le sein et le colo-rectal.

La question très « mode » d'une possibilité de prévention primaire ne peut être évoquée que dans ce contexte global.

Références :

- 1- Dupont N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. Sur www.invs.sante.fr
- 2- ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Septembre 2002.
- 3- USPTF. Screening for cervical cancer. January 2003.
- 4- Drahi E. et al. Dépistage du cancer du col utérin : un état des lieux. PMT. 2000; 6: 29-34.
- 5- Leroy JL, Boman F. Vers un dépistage optimal des cancers et précancers du col utérin par frottis cervicaux. Presse Med. 2003; 4: 174-80.
- 6- Bergeron C. et al. Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France. BEH; 2007; 1: 4-6.
- 7- ANAES. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Mai 2004.