

Vaccination ou frottis ?

Épidémiologie

Deuxième cause décès par cancer (25 et 44 ans)
3400 nouveaux cas et 1000 décès /an

↗ dépistage

=

↘ cancer

=

↗ lésions pré-cancéreuses

Épidémiologie

En France

- 5,4 millions de frottis par an
- 5 à 8 % de frottis anormaux

Absence de dépistage

=

Premier facteur de risque de cancer du col

Épidémiologie

Population générale

- 10% femmes jamais de frottis
- 55% femmes suivies régulièrement

Femmes atteintes cancer du col

- 35 % jamais de frottis
- 35 % dernier frottis > trois ans
- 5 % traitement inadapté après frottis anormal

Le ou les virus ?

KC : seul cancer viro-induit de la sphère génitale

- Papillomavirus = HPV
 - 100 espèces
 - 40 à tropisme génital
- Risque oncogène variable
 - 6,11 : condylomes
 - 16,18 responsables 70% des CIN 2-3

Infection par HPV

- Contamination principalement sexuelle
- Risque exposition virale : 70 à 80 %
- Indépendant comportement sexuel à risque
- Préservatif inefficace
- Régression spontanée de l'infection :
12 à 16 mois chez 90 % des femmes

Facteur de risque de cancer

- Persistance infection >12 mois
- Virus oncogène (16,18)
- Charge virale élevée
- Persistance infection > 35 ans

Histoire naturelle de l'infection HPV

HPV

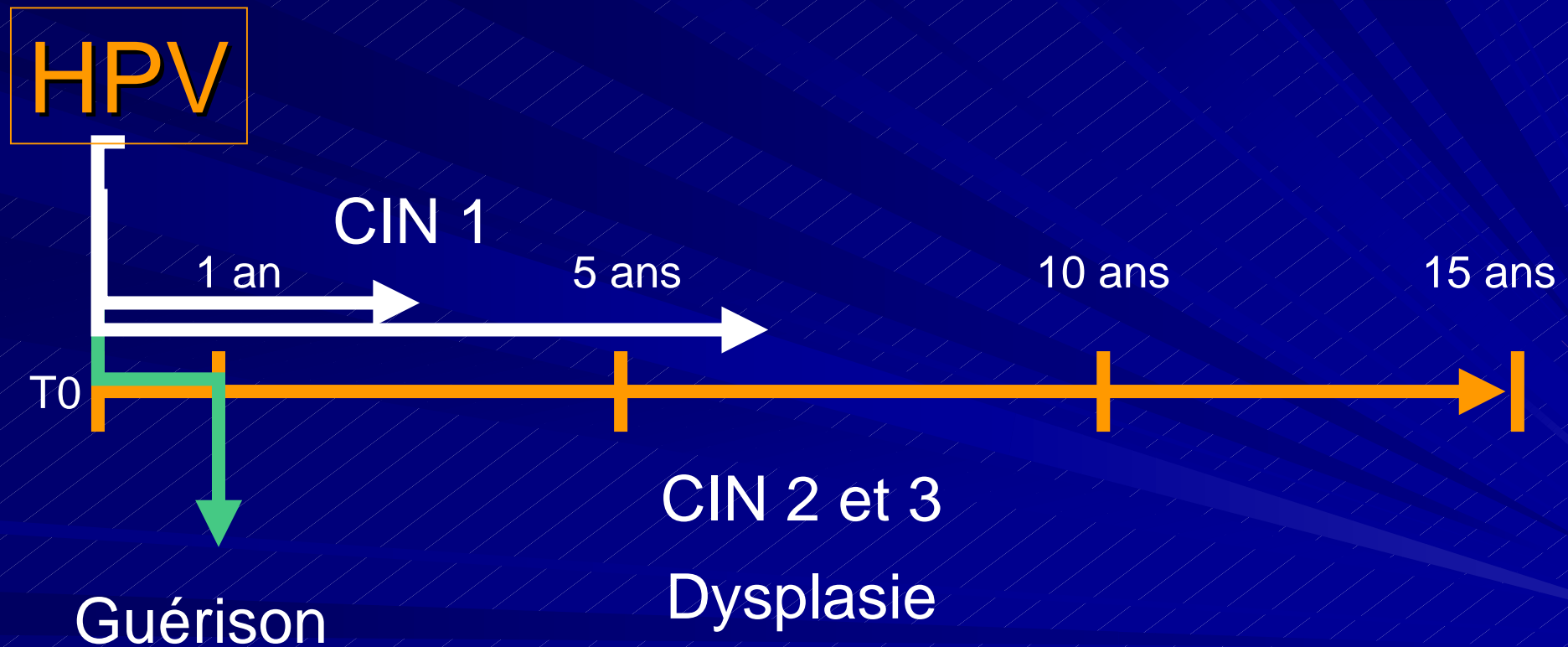


Histoire naturelle de l'infection HPV

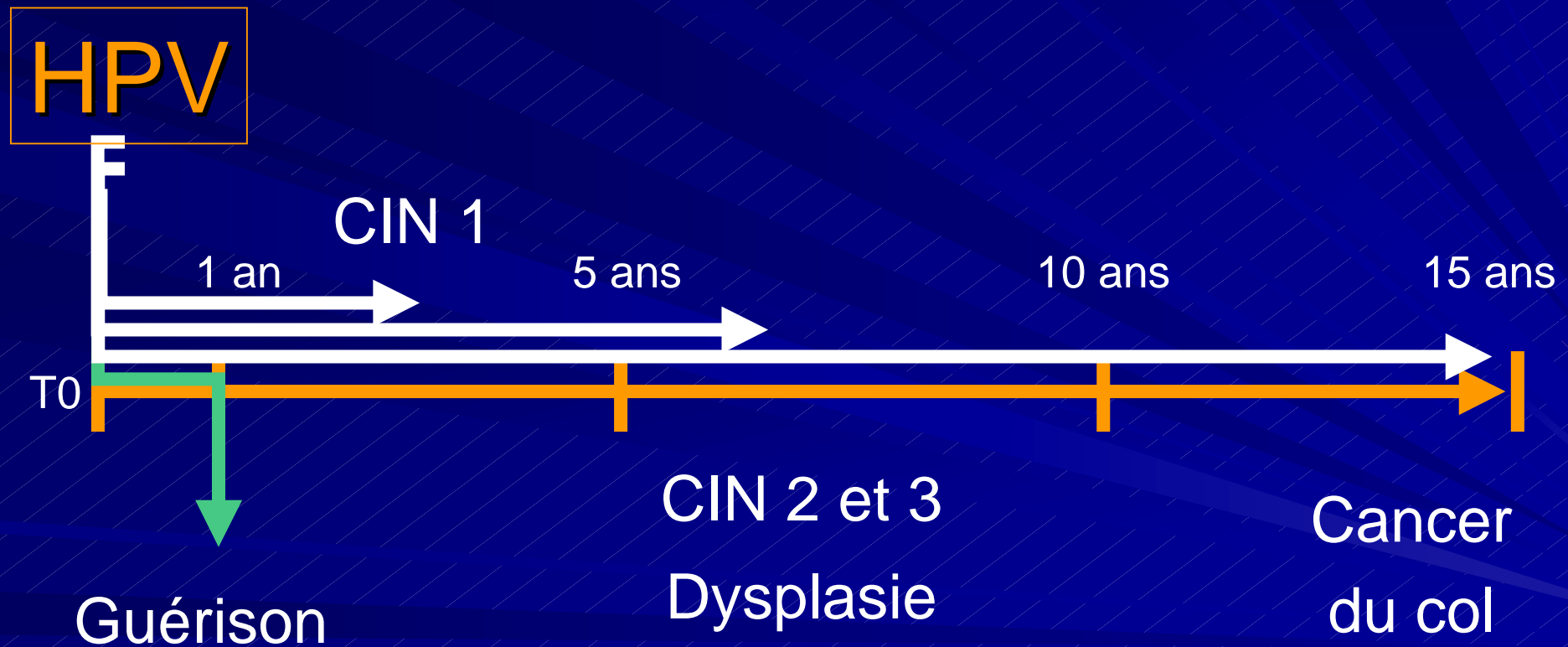
HPV



Histoire naturelle de l'infection HPV



Histoire naturelle de l'infection HPV



Dépistage : recommandations

- 1^{er} frottis : 1 an après début vie sexuelle
- 2^e frottis : 1 an après

- 2 frottis Nx à un an d'intervalle
=> refaire à 3 ans

Taux d'erreur +/- 30% = CAT adaptable?

Classification des frottis

France	Bethesda	OMS
Normal	Normal	Normal
ASCUS Atypies squamous cellule undetermined signifiante	HPV positif ou négatif	
LSIL Low grade squamous intraépithélial lesions	Dysplasie légère HPV positif	Condylomes Koilocytes CIN1
HSIL High grade squamous intraepithelial lesions	Dysplasie moyenne et sévères carcinome in situ HPV positif	CIN2 - CIN3
ASCH		
AGH		

Conduite à tenir

- Haut grade : action immédiate
- Bas grade :
 - ✓ Surveiller
 - ✓ ttt si pas de régression
- ASCUS : (au choix)
 - ✓ Typage HPV
 - ✓ Ou surveillance 6 à 12 mois
 - ✓ Ou Colposcopie

Problématique de santé publique

- Dépistage individuel / organisé
 - Systématique
 - Standardisé
 - Acceptable
 - Budgétisé

Améliorer le dépistage

- Standardiser les conduites diagnostiques et thérapeutiques .

Recommandations HAS

Renforcer la détection

- Frottis en milieu liquide
- Recherche HPV si ASCUS

Les vaccins

- Tétravalent : HPV 16,18, 6,11
- Divalent : HPV 16,18
- 3 injections sur 6 mois, pas de rappel,
- séroprotection sur 5ans prouvée

Intérêt du vaccin

- SMR important (important, modéré, faible)
- ASMR III modéré (I mineure, IV majeure) dans la prévention des lésions pré et cancéreuse

Inconvénients du vaccin

- Durée l'immunogénicité non déterminée
- Coût
- Risque abandon dépistage imparfait

Mode d'emploi

- 3 injections 0 - 2 - 6 mois
- Jeunes filles 14 ans
- 15 à 23 ans
 - Si pas de rapports sexuels
 - Dans l'année suivant premier rapport
- Pas le sexe masculin

Gagnant / gagnant

- Si ↗ nombre femmes dépistées
- Si ↗ qualité dépistages
- Si couverture vaccinales suffisantes

Démonstration dans 15 ans

Perdant / perdant

Catastrophe sanitaire possible

Si ↘ nombre femmes dépistées
(vaccinées ou non vaccinées)

Réponse

Vaccination

Et surtout

Dépistage