

# Le dépistage précoce est-il VRAIMENT nuisible ?

**Jean Marie Levêque**

**Service de Gynécologie CHU Anne de Bretagne**

**Dpt d'Oncologie Chirurgicale CRLCC Eugène Marquis**

**Faculté de Médecine – Université de Rennes 1**

**RENNES**



Le dépistage précoce est nuisible

**VRAIMENT : JUSQU'À QUEL POINT ?**

# L'actuel : les recommandations HAS

1<sup>er</sup> frottis à  
25 ans

- Contrôle à 26 ans

Répéter les  
frottis tous  
les 3 ans

- → 65 ans
- chez Femmes
  - **Asymptomatiques**
  - ayant eu ou ayant des rapports sexuels

# La pratique : dès le début des rapports sexuels

## Pourquoi ?

Habituer au suivi

On ne fait pas que le frottis

« Elles commencent de plus en plus tôt »

« On trouve plein de choses »

## Inconvénients

L'amour n'est pas (encore) pathologique

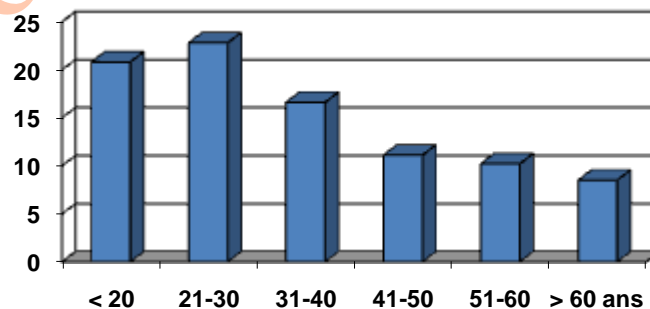
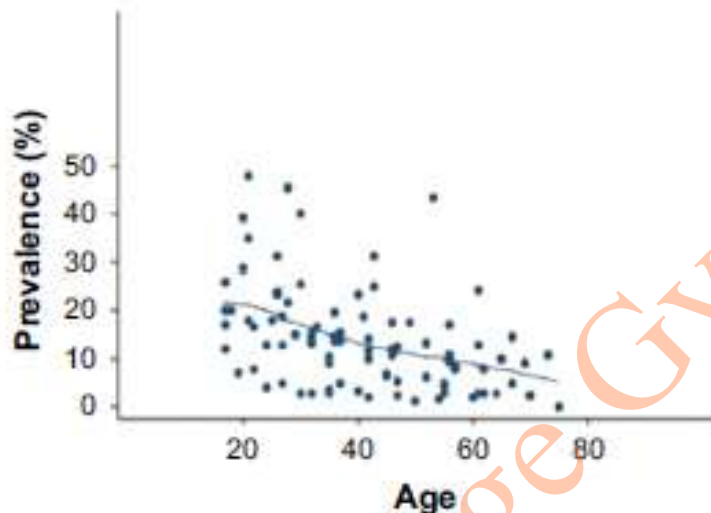
Risque de sur-traiter

Peu de réflexion économique

Jeune Fille # Femme

# L'infection HPV de l'adolescente

Fréquente

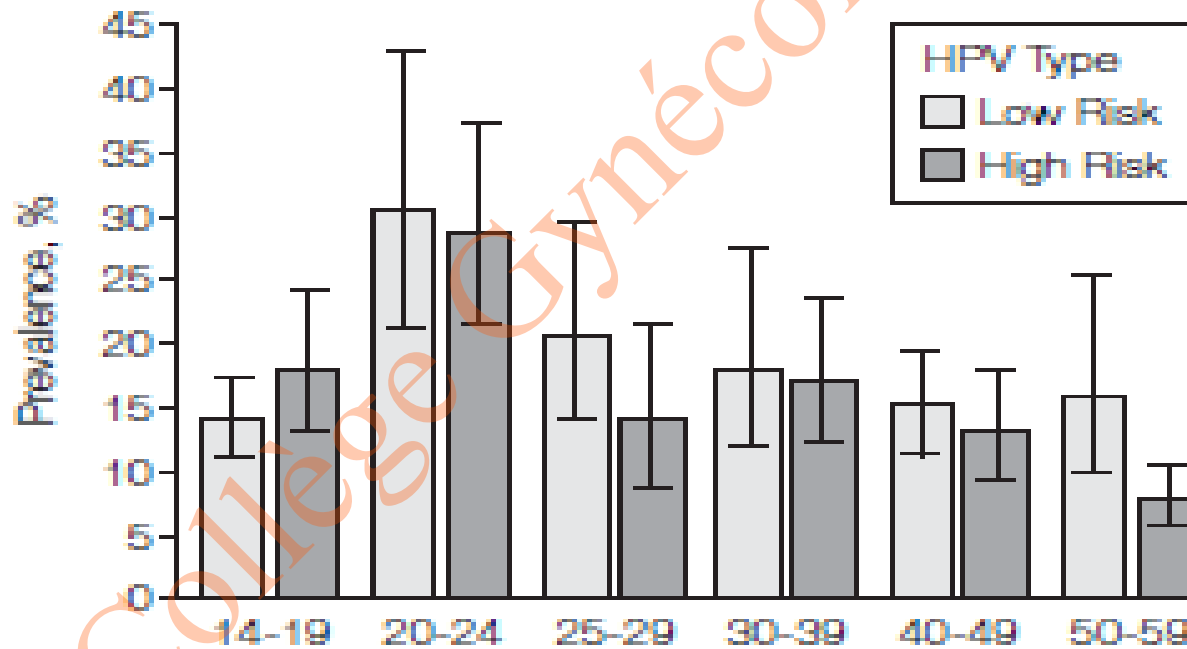


Prévalence en Europe du Sud

Prévalence infection hrHPV  
(10,359 F. de 15 à 72 ans Reims)

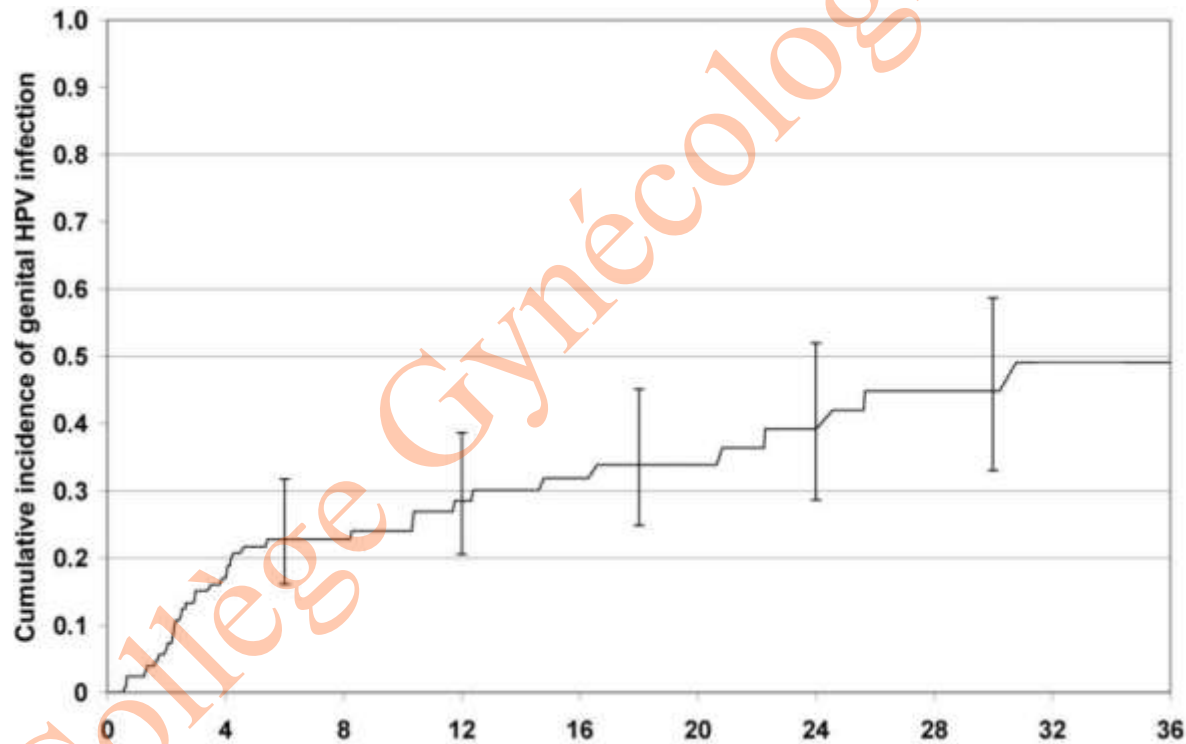
# L'infection HPV de l'adolescente

Fréquente et à HPV Haut Risque



# L'infection HPV de l'adolescente

Fréquente – à hr-HPV - Précoce : dès 4 mois après les 1ers RS



# Young Women's Health Study

**331 F. de 18 à 35 ans – examen à BL, 4 mois, 10 mois**

- Taux d'infection prévalente :
  - 2.9% par mois (maximum pour HPV 16 = 0.59%)
  - risque cumulé à 12 mois : 32% (18% pour HPV 16)
- Clairance :
  - brHPV : 4.3 mois
  - hrHPV : 9.8 mois
- LE facteur de risque :
  - nouveau partenaire depuis 3 mois
  - RR = 2.39 [95% IC : 1;20-4.76]

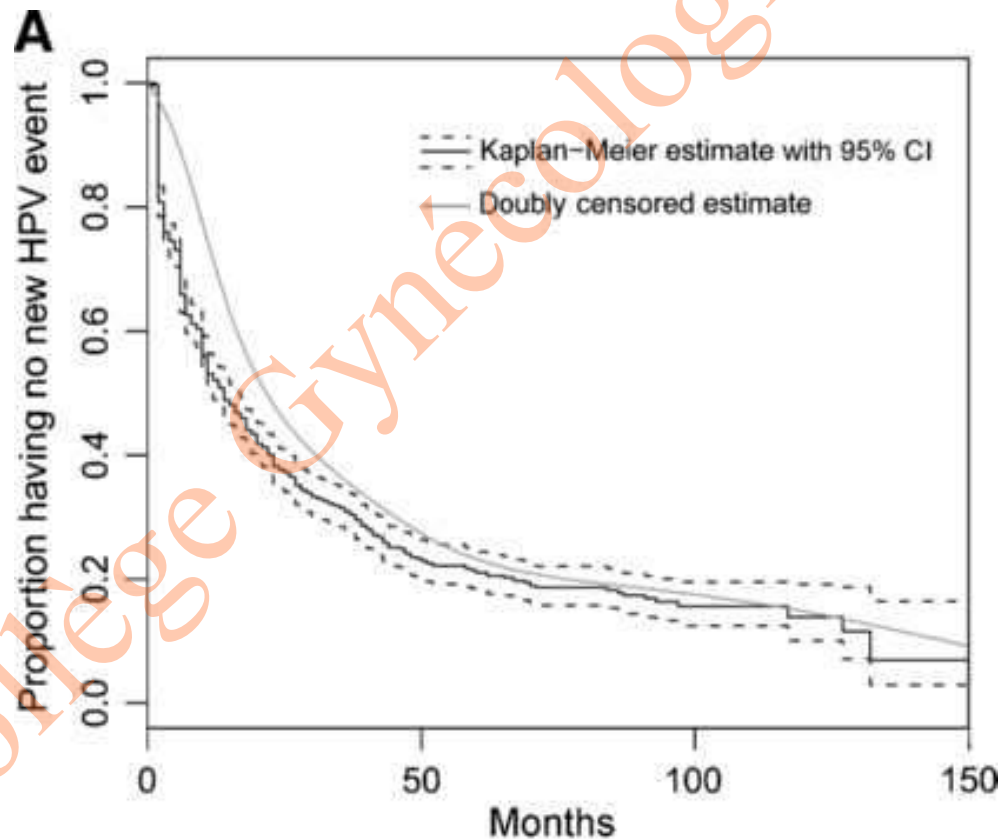


# Les ré-infections

- Teen HPV Natural History Study
  - Cas :
    - recrutement 13 à 21 ans
    - moins de 5 ans d'expérience sexuelle
    - vague 1 : HPV + / vague 2 : HPV indifférent
  - Contrôles : HPV –
- Objectifs :
  - nouvelles infections HPV
  - facteurs de risque de ces nouvelles infections

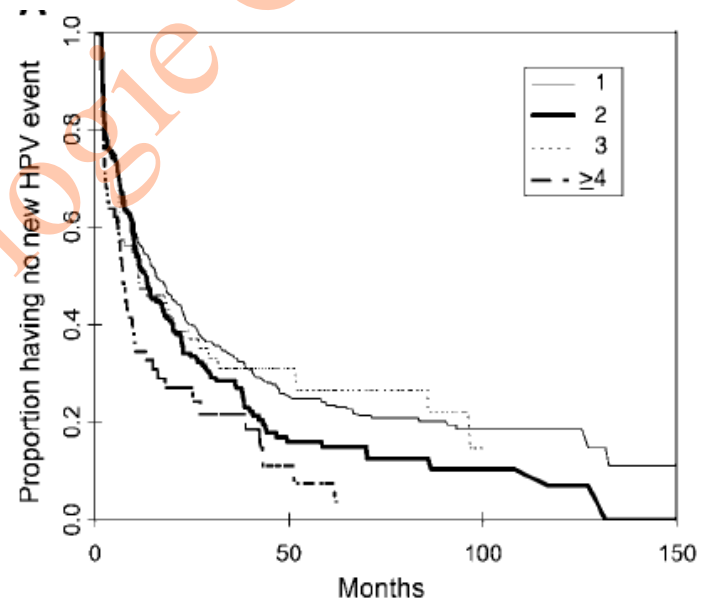
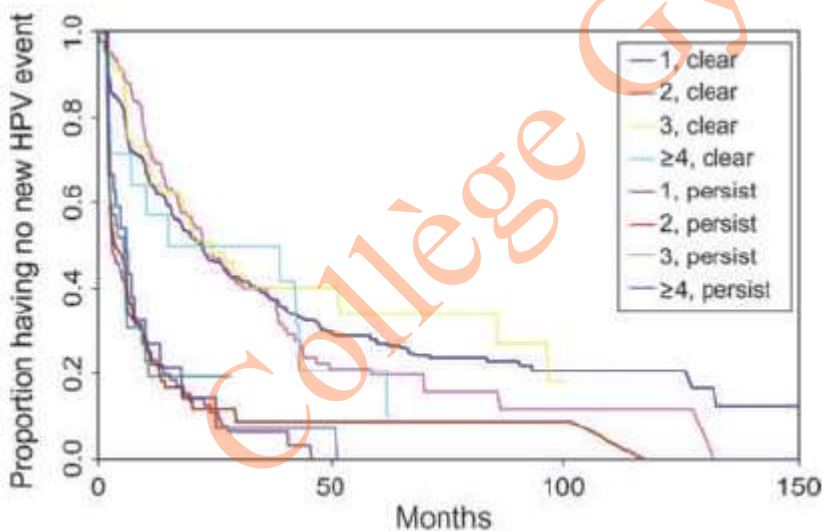
# Ré-infections : *fréquence*

**28% à 1 an et 64% à 3 ans**



# Ré-infections : *facteurs favorisants*

- Infections multiples
- Persistance infection HPV



# Ré-infections : *facteurs de risque*

Facteur	Réinfection 2 HR [95%IC]	Réinfection 3 HR [95%IC]	En cause
Infection persistante	4.51 [3.78-5.38]	3.45 [2.75-4.32]	Immunité ∇
Age jeune	0.94 [0.90-0.98]	0.91 [0.86-0.96]	Immunité acquise Fragilité locale
Origine Africaine	1.70 [1.34-2.15]	ns	Facteurs socio-économiques
Sexualité anale	1.28 [1.00-1.65]	1.47 [1.06-2.03]	Réservoir
Par nouveau (8 mois) partenaire	1.10 [1.00-1.15]	1.10 [1.05-1.14]	Comportement à risque
IST récente	1.42 [1.00-2.04]	1.83 [1.12-2.94]	Comportement à risque Lésions locales

# Le col adolescent : exposé - vulnérable

Exposé :  
« Relations  
monogamiques  
sériees »

- new partner → Risque X 10 / mois
- partenaires des F. les plus jeunes → les plus infectants

Vulnérable :

- plus fort contingent glandulaire
- immaturité : métaplasie
- immunodépression locale
- absence de mémoire immunitaire

# Les lésions observées

1. D'apparition rapide : HPV 16 = 43.3 mois et HPV 18 = 46.4 mois <sup>1</sup>
2. Bas Grade <sup>2</sup> : ↗

FCV incidence / an	n =	ASC	L-SIL	H-SIL
15 – 19 ans	11,684	10.2	8.1	0.9
15-80+	150,052	9.8	3.5	0.8
CIN incidence / an		CIN1	CIN2	CIN3
15-19 ans	6,261	1.6	0.8	0.3
15-80+	103,476	1.2	0.8	0.7

1. L'infection HPV est : fréquente et précoce après les 1<sup>ers</sup> rapports
2. Le col de l'adolescente est exposé et vulnérable
3. Les lésions cervicales HPV induites sont fréquentes

**MAIS L'ADOLESCENTE CLAIRE LE VIRUS**

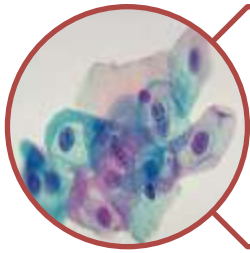
# En cytologie

- → guérison spontanée est la règle :

Frottis L-SIL	Régression (% [IC 95%])		Progression
	12 mois	36 mois	
Moscicki <sup>1</sup> : 13 – 22 ans F Up = 61 mois	61 [53-70]	91 [84-99]	3 [0.7-6]
ALTS <sup>2</sup> : 18-62 ans F Up = 48 mois	-	-	13

- La signification des H-SIL : moins péjorative
  - H-SIL = 50% CIN2+ (ASC-US & L-SIL = 35 & 36%)
  - CIN2 > CIN3





# Devant une cytologie anormale

## Privilégier la surveillance <sup>1</sup>

Pas de test HPV (77% HPV+ dans les ASC-US) <sup>2</sup>

Pas de colposcopie ... pas de « traitement »

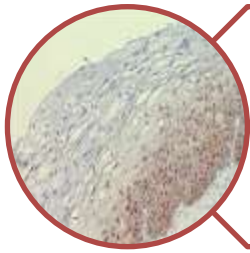
### ASC-US & L-SIL

Cytologie à 1 an

Colposcopie si  
H-SIL  
ASC-US + persistant à 2 ans

### H-SIL & ASC-H

Colposcopie  
(FCV / 6 mois → 2 ans si Nle)



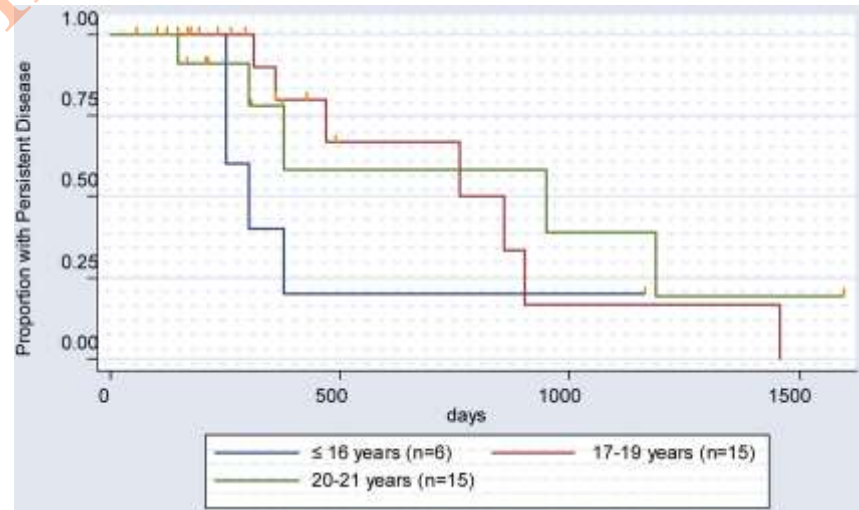
# En histologie

CIN2 initial	Régression	Persistance	Progression
ALTS FUp = 2 ans <sup>3</sup>	40%	-	10%
23 F. < 21 ans FUp = 18 mois <sup>1</sup>	65%	17%	13% (CCU = 0)
36 F. < 21 ans FUp = 378 j <sup>2</sup>	50%		

## Régression des CIN2 :

- plus élevée que chez l'adulte
- d'autant plus que F. jeunes

Progression des CIN2 : comparable



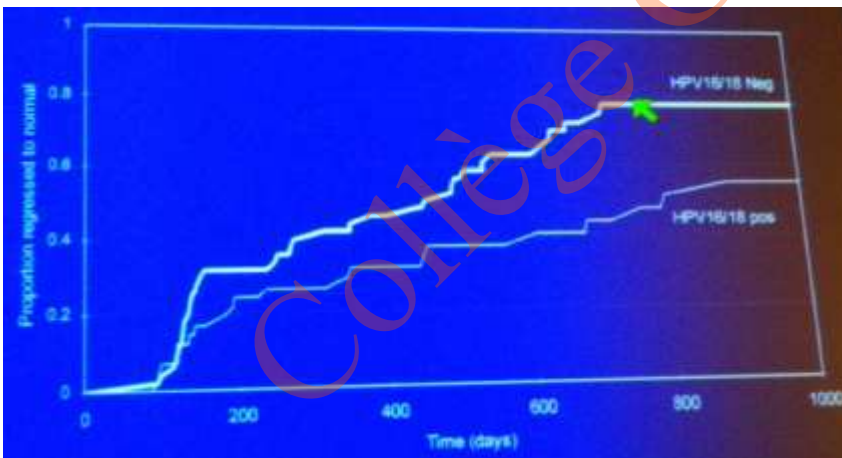
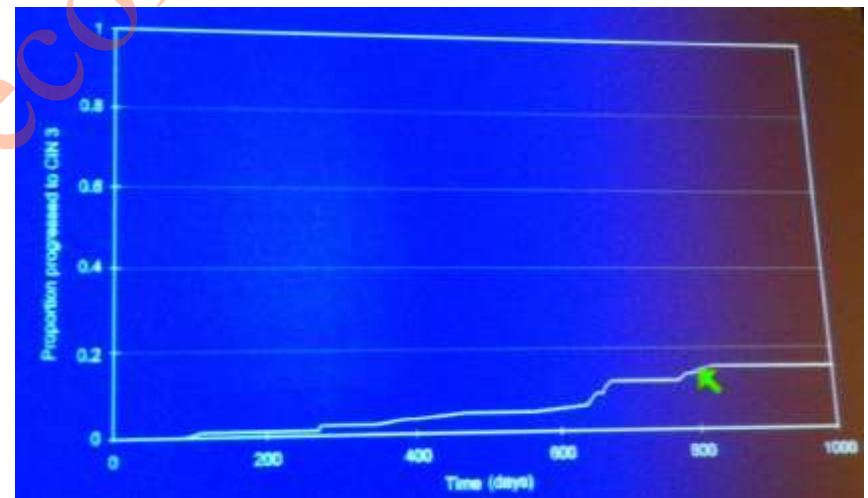
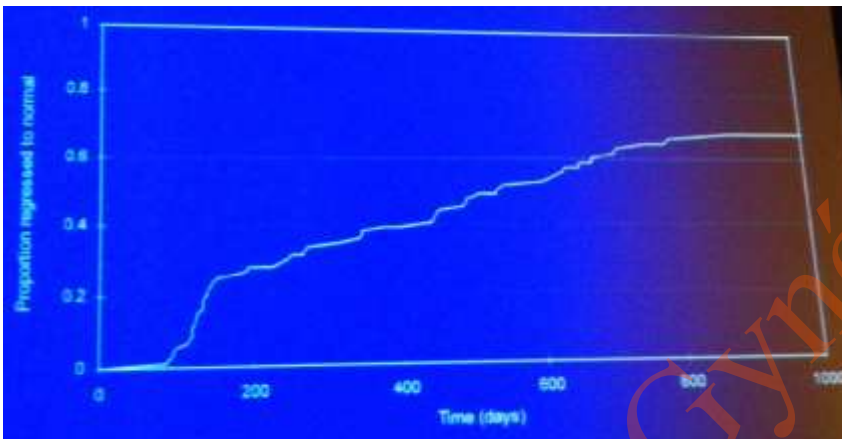
# Série du Kaiser Permanente

- Problématique :
  - régression des CIN2 ?
  - reproductibilité des CIN2 (relecture 1centrique)
- Cohorte prospective :
  - 48 F. 13-24 ans avec CIN2 : F Up = 27.4 mois
  - 20.4 ans - Age PRS = 15.6 ans – Partners = 7.9 ( $\pm$  6.7)
  - suivi régulier - biopsie de fin d'étude - test HPV (Roche)
  - progression = CIN3
  - régression : 3 visites avec cyto – histo- logies négatives

# Evolution des CIN2

Régression CIN2 : >70%

Progression → CIN3 : < 30%



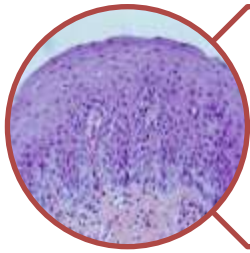
# Facteurs impliqués

## Infection HPV

- persistance infection HPV (+++ 16 / 18) :
  - ↗ risque de progression
  - ↘ chances de guérison
- sexualité anale : ↗ risque de progression

## Exposition hormonale

- ménarches précoces ↗ risque de progression
- durée de OC's ↘ chances de guérison



# Devant CIN1

**CIN1 : cytologie à 1 an**

**Cytologie Nle  
ASC-US ou L-SIL**

**H-SIL  
ASC-H**

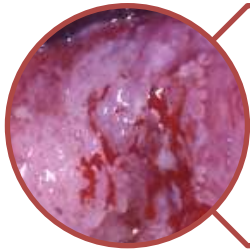
**Cytologie à 24 mois**

**Colposcopie**

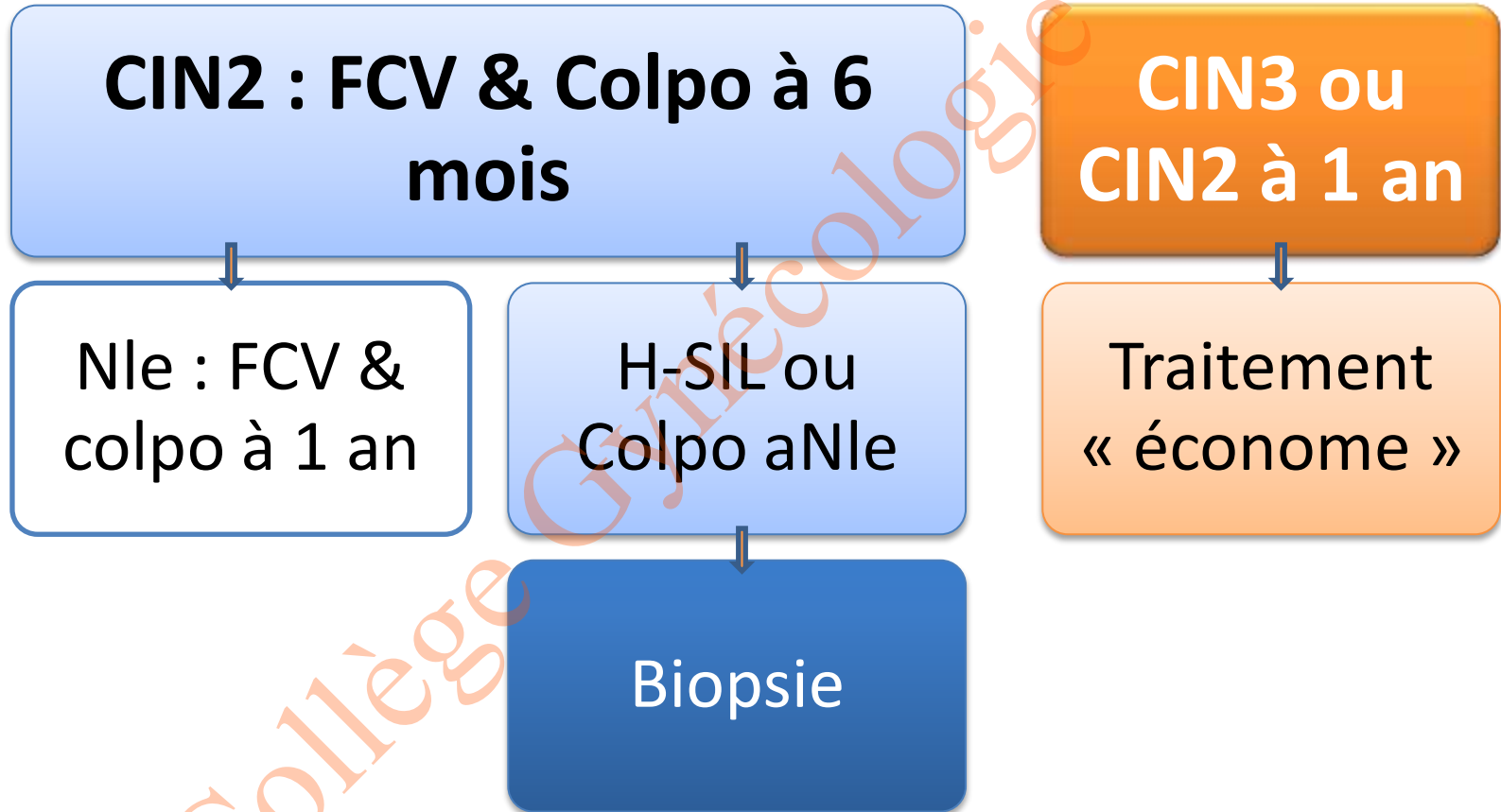
Normale =  
suivi usuel

Pathologique  
= colposcopie

TRT si CIN1 >  
2 ans



# Devant CIN2&3



Collège

# Traitement et Suivi



Privilégier la vaporisation laser :

- rareté des lésions glandulaires
- si colposcopie le permet



Suivi cytologique exclusif et prolongé



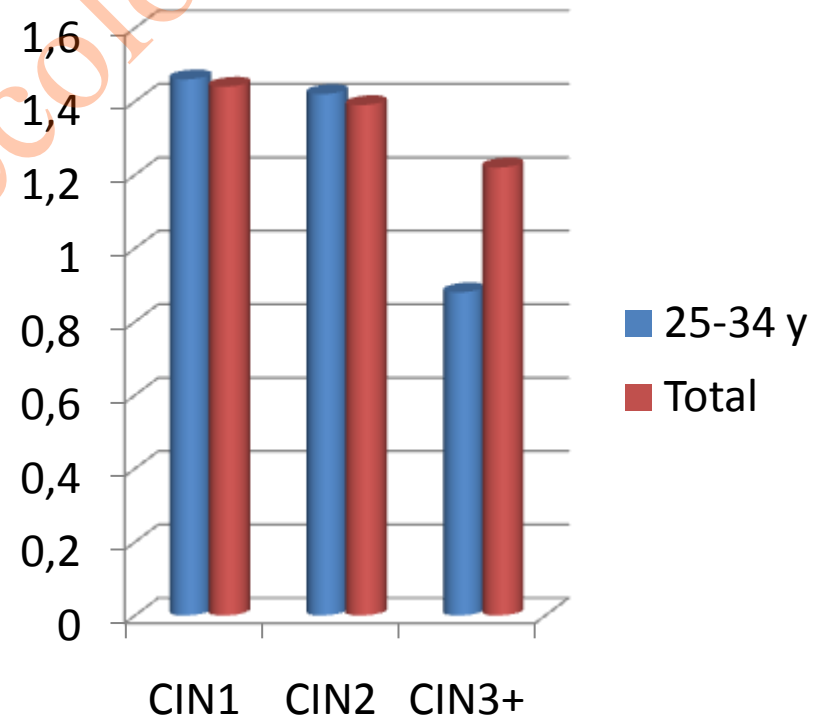
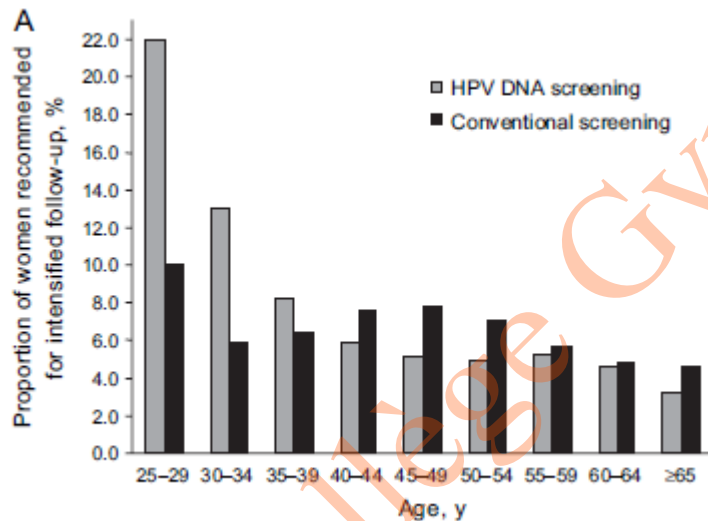
Penser aux autres IST



# Test HPV en dépistage : illogique

Les plus jeunes : les plus référées

Tx de détection relatif (HPV vs FCV) selon l'âge



# Dépistage & Vaccination

HPV 16 & 18 :  
cancers du col utérin

- > 70%
- plus précoces (histoire naturelle plus rapide) <sup>1</sup>

Chez les vaccinées <sup>2</sup> :

- dépister plus tard (> 30 ans ?)
- dépister moins souvent (> 5 ans)

Etudes d'impact + <sup>3</sup>

- cohorte de 217 Filles (11.5 – 20.9 ans) avant et après vaccination
- FCV anormal vaccin+ vs vaccin - : OR = 2.254 [95%IC : 0.093 – 0.698]

Mais :

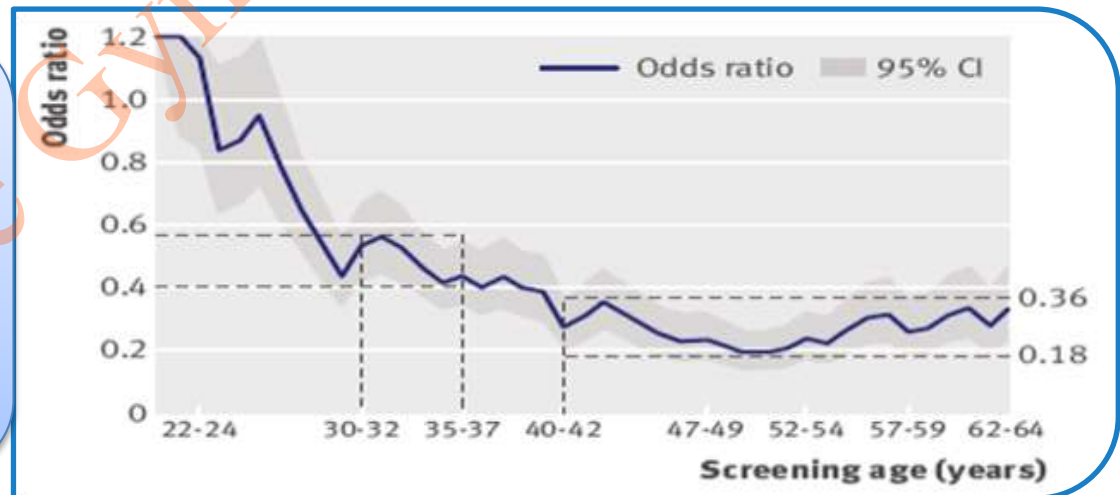
- quel outil ?
- quel schéma ?
- comment reconnaître les vaccinées ?

# Le frottis chez l'adolescente : pourquoi pas ? Mais...

Après 20 ans et  
démarche  
adaptée

- ne pas plaquer les CAT de l'adulte
- privilégier information et suivi

Sachant le peu  
d'impact sur le  
CCU <sup>1</sup>...



« Bro gozh ma zadoù... »

