



Société Française de Colposcopie
et de Pathologie Cervico-Vaginale

DOSSIER DE PRESSE

**Conférence de presse de la
Société Française de Colposcopie et de Pathologie
Cervico Vaginale (SFCPCV) du Jeudi 12 janvier 2023**

**Améliorer le dépistage du cancer du col de
l'utérus**

Bonjour,

A la veille de l'ouverture du 46^{ème} Congrès National de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV) qui a porté cette année sur l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus, les membres du bureau et du comité de direction ont eu le plaisir d'organiser une conférence de presse.

Les Thèmes qui ont été abordés :

- **Les difficultés de mise en place du dépistage organisé – Dr Christine Bergeron**

Plusieurs mois après le lancement du dépistage organisé pour le cancer du col, la mise en œuvre est inégale selon les régions. Les difficultés rencontrées sont diverses et sont peu à peu identifiées.

Il existe encore quelques mauvaises pratiques de dépistage dans le choix des examens à réaliser.

Nous rappelons en accord avec la littérature scientifique que le dépistage par test HPV à partir de 30 ans :

- est plus performant que la cytologie seule.
- est préférable au cotesting (c'est à dire réalisation du test HPV et de la cytologie en même temps et non en réflexe) car il n'est pas supérieur en termes de dépistage et est plus délétère que protecteur en entraînant des examens inutiles.

Il existait une difficulté administrative concernant la transmission des résultats par les laboratoires au centre de dépistage des cancers. Initialement la CNIL avait demandé de rajouter des phrases sur le bon de demande d'examen pour s'assurer de l'obtention de l'accord de la patiente pour la transmission des résultats.

La suppression récente de l'obligation d'obtention de cet accord pour la transmission des résultats au CRCDC devrait aider à débloquer la situation. Certains laboratoires ont depuis commencé à transmettre les résultats.

Cela va permettre d'avancer sur le suivi des résultats mais aussi permettre de déterminer quelle femme n'a pas réalisé d'examen afin qu'elle puisse recevoir une invitation à participer au dépistage.

Depuis le début du dépistage organisé, il n'y a toujours pas d'augmentation de la participation au dépistage qui stagne à 60% des femmes concernées. Il faut poursuivre les efforts pour améliorer cette situation.

- **Comment parler d'HPV aux patientes ? - Dr Jean-Luc Mergui**

L'information donnée aux patientes concernant l'HPV est compliquée.

Le terme frottis, comme examen de dépistage pour le cancer du col, est le terme utilisé par les femmes qui pensent d'ailleurs que cet examen doit être réalisé tous les ans.

Avant même le changement de test de dépistage, la fréquence de réalisation d'un « frottis » était tous les 3 ans. Mais dans l'esprit des femmes, la visite de suivi gynécologique est à faire une fois par an avec réalisation du frottis, ce qui les rassure.

Depuis 2 ans, les modalités de test de dépistage ont changé avec réalisation d'un test HPV chez les femmes de plus de 30 ans. Ce test ne cherche plus une lésion mais la présence d'HPV. Cette présence de virus signifie qu'il y a un **risque de lésion** mais ce n'est pas toujours le cas : une femme peut être porteuse d'HPV sans lésion du col.

Sur les comptes rendus d'examens, les femmes lisent le terme de HPV haut risque ce qui ne veut pas dire haut risque de lésion. Ce terme de haut risque (ou HPV oncogènes) est à mettre en opposition aux HPV bas risque (ou non oncogènes) qui ne présentent pas de potentiel cancérigène.

Les HPV peuvent persister de nombreuses années : 8 à 10% de la population va rester porteur chronique.

Si l'HPV est négatif, les femmes sont inquiètes de l'intervalle de 5 ans recommandé par l'HAS. Cet espacement de 5 ans est possible car il faut au moins 5 ans en cas d'infection par HPV pour développer une lésion.

Il faut rappeler que le dépistage n'a pas pour objectif de savoir si une femme est porteuse d'HPV puisque c'est extrêmement fréquent, mais de diagnostiquer des lésions précancéreuses qui mettent plusieurs années à se développer.

Les patientes se questionnent beaucoup sur le moment de leur contamination et les risques de transmission.

Le plus souvent la contamination est ancienne.

Les risques de lésions liées aux HPV pour les hommes sont faibles avec prédominance de cancers ORL. Aucun dépistage n'est possible à ce jour.

- **Sexualité et dépistage - Dr Julia Maruani**

Le dépistage concerne toutes les femmes de 25 à 65 ans, asymptomatiques, immunocompétentes, à partir du moment où elles ont démarré leur sexualité.

Les femmes enceintes, ménopausées ou vaccinées pour l'HPV sont concernées par le dépistage.

Ce dépistage ne doit en aucun cas être adapté en fonction de l'âge des premiers rapports, du maintien d'une activité sexuelle, du nombre de partenaires ou de l'orientation sexuelle.

Les femmes homosexuelles qui n'ont jamais eu de partenaire masculin présentent un risque de 20% d'être porteuse d'HPV. Ce risque augmente à 30% en cas de bisexualité.

Il est important de lever l'idée reçue que la transmission de l'HPV se fait par l'homme. Cette transmission passe entre humain lors de rapports sexuels quel que soit leur sexe.

La problématique des femmes homosexuelles est qu'elles se pensent moins à risque, du coup se font moins dépister et par conséquent elles présentent plus de lésions HPV induites avancées et plus de cancer du col par insuffisance ou absence de dépistage.

Les hommes transgenres ont le choix de réaliser une ablation de l'utérus lors de leur transition mais cette chirurgie n'est pas requise en France comme dans la majorité des pays européens pour le changement d'identité civile. Peu d'hommes transgenres réalisent cette hystérectomie, soit pour éviter une chirurgie, soit pour conserver la possibilité d'une grossesse.

Les hommes transgenres ayant réalisé l'ablation de l'utérus ne nécessitent pas de dépistage du cancer du col de l'utérus puisqu'ils n'ont plus de col utérin.

En revanche, les hommes transgenres ayant conservé leur utérus présentent un risque de pathologie du col au moins identique voire supérieur aux femmes cisgenres et doivent donc participer au dépistage selon les mêmes modalités.

Seuls 27% des hommes transgenres se font dépister ce qui est bien inférieur aux femmes cisgenres (60%).

Plusieurs freins à la réalisation d'un suivi gynécologique existent pour les hommes transgenres :

- La difficulté de consulter un gynécologue : prise de RDV, salle d'attente féminine, peur de jugement et de discrimination, difficultés psychiques et physiques à la réalisation d'un examen génital

- La discussion médicale est centrée sur la transition aux dépens du dépistage et des autres problèmes de santé

- Le manque de connaissance des professionnels de santé sur la prise en charge

Petit à petit, des formations sont réalisées pour former les professionnels et pour diminuer les freins d'accès aux soins.

Des difficultés administratives existent également :

- Les hommes transgenres ont un état civil masculin alors qu'ils peuvent être porteur d'un col utérin. Ils ne reçoivent donc pas d'invitation au dépistage qui ne cible que les femmes
- Les examens de dépistage et de diagnostic ne sont pas remboursés en cas d'état civil masculin

Dans un autre registre, l'arrêt de toute activité sexuelle ne dispense pas les femmes de poursuivre le dépistage car il peut se passer de nombreuses années entre la contamination et le développement de lésion (entre 10 et 20 ans). Les femmes participent moins au dépistage après la ménopause alors que le risque de lésions persiste et que le pic d'incidence des cancers du col est à 51 ans.

Toute femme ayant eu des rapports sexuels dans sa vie doit réaliser le dépistage du cancer du col jusqu'à 65 ans.

- **Les sujets qui font débat**

- **Quelle prise en charge pour le partenaire ? - Pr Xavier Carcopino**

La question du dépistage chez le partenaire est une question quasi systématiquement posée par les femmes porteuses d'HPV. Quel est le risque de contamination ? Faut-il arrêter d'avoir des relations sexuelles ? Faut-il prévenir le partenaire ? Faut-il prévoir une prise en charge du partenaire ?

Nous pouvons d'emblée répondre à cette dernière question par un NON, en aucun cas de façon systématique.

Il n'y a pas d'indication à réaliser une quelconque prise en charge chez le partenaire, pas de consultation médicale notamment dermatologique (les pénisopies ne sont pas indiquées dans cette situation), pas de réalisation de test HPV.

L'infection HPV étant une infection extrêmement fréquente, quand le diagnostic de test HPV positif est fait chez une patiente, la contamination par HPV du partenaire est souvent bien ancienne.

Au bout de 5 ans de sexualité avec une moyenne de 2 partenaires sexuels, une femme a un risque de 80% d'avoir été contaminé par un ou des HPV.

Avec 1 seul partenaire, le taux de contamination est de 50% ce qui en fait une infection fréquente, banale le plus souvent.

Le risque de contamination existe tout au long de la vie et augmente avec le nombre de partenaires.

Dans le couple, ce n'est pas tellement le risque de transmission qui est important mais l'immunité de chacun et sa capacité de l'éliminer.

Dans les études de concordance des HPV au sein de couple, la probabilité d'avoir un test HPV positif chez les 2 partenaires est de l'ordre de 37% des cas. Les partenaires peuvent avoir des HPV différents, un partenaire peut être négatif. Le taux de concordance notamment pour l'HPV 16 est seulement de 9%.

La date de contamination ne peut donc pas être connue. L'intérêt clinique est de dépister les infections persistantes qui peuvent entraîner des lésions précancéreuses.

Au stade de lésions précancéreuses, l'infection responsable est ancienne, au moins plusieurs années.

L'information du partenaire n'est pas indispensable puisqu'elle n'apporte aucun bénéfice : pas de consultation ou de test à réaliser, pas de traitement, pas de possibilité d'empêcher totalement la contamination (le préservatif ne protège pas à 100%).

Chaque patiente choisit de le faire ou pas mais cela n'a pas de bénéfice pour le partenaire.

En cas de verrues génitales ou condylomes acuminés chez une femme, l'orientation vers un dermatologue pour son partenaire est utile uniquement en cas de lésions cutanées.

L'infection à HPV peut avoir des répercussions lourdes dans la santé sexuelle des femmes porteuses d'HPV malgré les conseils donnés.

**- Faut-il proposer aux patientes la vaccination post-thérapeutique ? – Pr
Geoffroy Canlorbe**

Nous rappelons que la vaccination contre l'HPV est recommandée pour tous les garçons et filles de 11 et 19 ans révolus et également pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus.

L'efficacité de cette vaccination en prévention primaire a été montrée par de nombreuses études : diminution de 87 % des lésions précancéreuses et des cancers du col en cas de vaccination avant 15 ans.

Chez les femmes non vaccinées ayant eu une lésion précancéreuse traitée, le risque de récurrence est proche de 10% et le risque de faire des lésions HPV induites (vagin, vulve, anus, gorge) est 2 à 5 fois supérieure à la population générale.

Plusieurs études ont été réalisées sur l'intérêt éventuel d'une vaccination au moment de la prise en charge thérapeutique.

Une méta-analyse en 2020 a repris les résultats de ces études.

Le risque de récurrence est diminué chez les patientes bénéficiant d'une vaccination post thérapeutique de l'ordre de 60% quel que soit le type d'HPV, de l'âge de la patiente et du moment de la vaccination.

Il faut vacciner 45 patientes consécutives pour prévenir une récurrence.
Plusieurs sociétés savantes de colposcopie ont émis des recommandations en faveur de cette vaccination.

La société américaine de colposcopie vient de modifier ses recommandations en élargissant la vaccination en prévention primaire jusqu'à 29 ans et en vaccinant les femmes opérées pour une lésion précancéreuse entre 27 et 45 ans.

Il n'existe pas en France de recommandations officielles.

Chaque médecin doit connaître ses données scientifiques et les expliquer aux patientes pour permettre une décision médicale partagée.

- **Le microbiote : une piste intéressante – Dr Julia Maruani**

Pourquoi l'infection à HPV est parfois transitoire, parfois persistante ?
Comment l'environnement vaginal peut-il influencer la persistance d'HPV et le passage de l'infection HPV à une lésion ?

Les facteurs d'évolution des lésions sont liés : soit à l'hôte (immunité, génétique), soit au virus (type de virus, coinfection), soit au microbiote.

Le microbiote vaginal est composé de millions de microorganismes.

Le microbiote vaginal sain est composé principalement de lactobacilles (flore de Doderlein, élément principal de défense contre les infections génitales notamment des infections sexuellement transmissibles), et en moindre quantité des bactéries anaérobies, des champignons et des virus.

Les lactobacilles produisent de l'acide lactique, du peroxyde d'hydrogène pour protéger le vagin.

La vaginose est l'ensemble des signes cliniques provoqués par la multiplication anormale d'espèces bactériennes et la diminution du nombre de lactobacilles.

Le microbiote vaginal est influencé par de nombreux facteurs : le tabagisme, l'alimentation riche en sucres et en graisses et pauvre en fibres, le surpoids, l'activité sexuelle, le nombre de partenaires, les habitudes d'hygiène.

La vaginose entraîne une désorganisation de la muqueuse vaginale permettant l'accès de l'HPV aux cellules basales de l'épithélium et créant un état proinflammatoire.

Depuis plusieurs années, des travaux de recherche sont réalisés sur le microbiote vaginal et son lien avec la pathologie cervico-vaginale liée à l'HPV.

En cas de vaginose bactérienne, l'infection à HPV est plus souvent persistante avec développement plus fréquent de lésions et une diminution des régressions des lésions précancéreuses chez des femmes jeunes avec lésions surveillées.

Les probiotiques sont efficaces sur la vaginose, sur la clairance de l'HPV, sur la régression des lésions bénignes.

Il n'existe pas d'étude concernant l'efficacité sur les lésions précancéreuses.

Il faut donc traiter les femmes présentant une vaginose que ce soit pour leur confort personnel mais aussi pour limiter les risques liés aux HPV.

On peut se poser la question de dépister les vaginoses asymptomatiques (50%) chez les patientes présentant une persistance d'HPV.

Le bureau

- Docteur Christine Bergeron, Présidente
- Professeur Xavier Carcopino, Vice-président
- Professeur Jean Gondry, Past président
- Docteur Julia Maruani, Secrétaire générale
- Docteur Jean-Luc Mergui, Chargé des affaires internationales
- Docteur Geoffroy Canlorbe, Secrétaire chargé du comité scientifique
- Docteur Bernard Huynh, Trésorier

Site Internet de la SFCPCV www.societe-colposcopie.com