

Histoire naturelle du cancer cervical : même un test de dépistage peu fréquent, concernant les femmes d'âge mûr, permet de sauver des vies

Selon les données les plus récentes, 466 000 nouveaux cas de cancer cervical sont répertoriés chaque année dans le monde, en majorité dans les pays en développement. Sur les 231 000 femmes qui décèdent chaque année en raison d'un cancer cervical, environ 80 % d'entre elles sont originaires d'un pays en développement, où le cancer cervical représente la cause de décès par cancer la plus fréquente chez la femme.¹ Le dépistage du cancer cervical est un moyen coût-efficace pour sauver des vies. Une étude de la Banque mondiale, datant de 1993, a permis de démontrer qu'un dépistage pratiqué tous les cinq ans, accompagné d'un suivi classique pour les cas identifiés, coûtait approximativement 100 dollars par année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) gagnée, en comparaison avec les 2 600 dollars

par AVCI dans le cas du traitement des cancers invasifs et de soins palliatifs.² Afin de garantir que les interventions de prévention du cancer cervical sauvent des vies, les programmes doivent être basés sur une compréhension claire de l'histoire naturelle du cancer cervical.

Le VPH est la première cause de cancer cervical

- Le Virus du Papillome Humain (VPH), infection sexuellement transmissible fréquente, est la première cause sous-jacente de cancer cervical.³
- La prévention de la transmission du VPH est très difficile. Les méthodes de contraception dites de barrière ne sont que partiellement efficaces car le virus peut être présent sur la plupart de la zone anogénitale (y compris sur des zones non protégées par le préservatif

masculin) et il peut demeurer infectieux pendant des années.⁴

- Le VPH ne peut pas être traité, mais, dans la majorité des cas, l'infection devient indétectable. Pour un faible pourcentage de femmes, cependant, l'infection à VPH persiste et entraîne des lésions précancéreuses, appelées dysplasies. Le risque d'une infection persistante serait particulièrement élevé chez la femme immunodéprimée.⁵
- L'infection à VPH détectable est particulièrement fréquente chez les femmes jeunes. Bien que la prévalence varie d'une région à l'autre, elle atteint généralement un pic d'environ 20 pour cent chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, pour ensuite décliner à environ 8 à 10 pour cent chez les femmes de plus de 30 ans.⁶

Histoire naturelle du cancer cervical et implications relatives aux programmes

Infection à VPH

Caractéristiques :

L'infection à VPH est extrêmement fréquente chez les femmes en âge de procréer. L'infection à VPH peut demeurer stable, entraîner une dysplasie ou devenir indétectable.

Prise en charge :

Alors que les verrues génitales résultant de l'infection à VPH peuvent être traitées, il n'existe aucun traitement permettant d'éradiquer le VPH.

La prévention primaire, en préconisant l'utilisation de préservatifs, offre une certaine protection.

Dysplasie cervicale de faible grade

Caractéristiques :

La dysplasie de faible grade est généralement temporaire et disparaît avec le temps. Dans certains cas, cependant, elle évolue en dysplasie de haut grade.

Il n'est pas inhabituel que l'infection à VPH entraîne une dysplasie de faible grade, après plusieurs mois, voire plusieurs années d'infection.

Prise en charge :

Il est recommandé de surveiller la dysplasie de faible grade plutôt que de la traiter, étant donné que la plupart des lésions régressent ou n'évoluent pas.

Dysplasie cervicale de haut grade

Caractéristiques :

La dysplasie de haut grade, état précurseur du cancer cervical, est significativement moins courante que la dysplasie de faible grade.

La dysplasie de haut grade est observée suite à la progression d'une dysplasie de faible grade ou, dans certains cas, directement depuis une infection à VPH.

Prise en charge :

La dysplasie de haut grade devrait être traitée, étant donné qu'une proportion significative de ces dysplasies évoluent en cancer.

Cancer invasif

Caractéristiques :

Les femmes avec dysplasie de haut grade sont susceptibles de développer un cancer invasif. En général, cette évolution est lente ; elle s'effectue sur plusieurs années.

Prise en charge :

Le traitement du cancer invasif est un traitement coûteux et souvent inefficace dans les stades avancés.

En général, le cancer cervical met de nombreuses années à se développer ; les femmes d'âge mûr sont à risque maximum et elles ont besoin d'être dépistées.

- Parmi ce faible pourcentage de femmes dont l'HPV se développe en dysplasie, la plupart d'entre elles ne développeront qu'une dysplasie de faible grade qui le plus souvent régressera d'elle-même ou ne progressera pas, en particulier chez les femmes âgées de moins de 35 ans. Peu de femmes ayant une dysplasie développeront un cancer du col utérin.
- L'évolution de l'infection en lésions précancéreuses détectables peut s'étaler sur une période de 10 ans. Une étude estime que le risque d'évolution de lésions précancéreuses modérées en lésions graves est de 32 pour cent en 10 ans.⁷
- Les femmes âgées de 35 ans ou plus avec des lésions précancéreuses identifiées, modérées ou graves, ont un risque élevé de développer un cancer.
- Le cancer cervical se développe le plus souvent chez des femmes de plus de 40 ans et il est le plus fréquent parmi les femmes de 50 ou 60 ans.^{8,9,10}
- Le tabagisme, une première maternité précoce, l'utilisation de contraceptifs

oraux et les implications hormonales et physiques associées à une parité élevée semblent augmenter indépendamment le risque de cancer cervical chez la femme.⁹

- Les perceptions cliniques de taux croissants de cancer cervical chez les femmes plus jeunes peuvent refléter la structure d'âge d'une population ou des situations de dépistage particulières plutôt qu'une évolution des taux par âge.¹¹

Même un dépistage non fréquent peut s'avérer efficace

- Un dépistage non fréquent accompagné d'un suivi des femmes âgées d'une trentaine d'années ou plus, est une approche acceptable et coût-efficace pour la prévention du cancer cervical, en supposant que la méthode de dépistage soit efficace, qu'elle soit associée à une couverture élevée, et qu'elle soit liée au traitement.^{12,13}
- Les femmes avec au moins un frottis cervical négatif préalable ont un taux faible de cancer invasif pour au moins les 10 années à venir.¹⁴
- La modélisation basée sur des données d'Afrique du Sud indique que dépister les femmes, même qu'une fois dans leur vie, à l'âge de 35 ans, peut réduire le taux de mortalité dû au cancer du col utérin de 26%.¹³

« Dans les pays aux ressources limitées, l'objectif devrait être d'effectuer un test de dépistage à chaque femme du groupe cible une fois au cours de son existence, à l'âge de 40 ans environ. Lorsque les ressources sont disponibles, la fréquence du dépistage devrait être augmentée à une fois tous les 10 ans, puis à une fois tous les 5 ans pour les femmes âgées de 35 à 55 ans. Si les ressources sont élevées et qu'une proportion importante de femmes du groupe cible est soumise au dépistage, le dépistage doit être étendu, dans un premier temps aux femmes plus âgées (jusqu'à 60 ans), puis aux femmes plus jeunes (l'âge limite inférieur étant de 25 ans). Si des ressources supplémentaires sont disponibles et qu'une proportion élevée de femmes du groupe cible est soumise au dépistage tous les 5 ans, la fréquence du dépistage devrait alors être augmentée à une fois tous les 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 60 ans. »

– Organisation Mondiale de la Santé, 1992⁹

Tableau 1 : Réduction potentielle des taux cumulés de cancer cervical selon différentes fréquences de dépistage

Fréquence de dépistage	Réduction du taux cumulé (en pourcentage) **
chaque année	90-93
tous les 2 ans	86-91
tous les 3 ans	75-81
5 fois dans une vie	61-74
3 fois dans une vie	35-55
2 fois dans une vie	29-42
1 fois dans une vie	17-32

Adapté de : Goldie SJ et al. 2001.¹³

* L'éventail des réductions concerne les stratégies comprenant : le dépistage par IVA en 1 visite, par test VPH en 2 visites, par cytologie en 3 visites.

† Les réductions supposent une sensibilité et spécificité tenant compte des meilleures données disponibles, une couverture de dépistage entre 75 et 100%, et 15% de perdues de vue pour le suivi par visite supplémentaire nécessaire pour le dépistage.

Références

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide. Version 1.0*. IARC CancerBase No. 5, Lyon: IARC Press (2001).
2. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, World Bank (1993).
3. Bosch FX, Muñoz N, de Sanjose S. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 51(6-7): 268-275 (1997).
4. PATH. Preventing cervical cancer in low-resource settings. *Outlook* 18(1):1-8 (2000).
5. Temmerman M, Tyndall MW, Kidula N, et al. Risk factors for human papillomavirus and cervical precancerous lesions, and the role of concurrent HIV-1 infection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 65(2):171-181 (May 1999).
6. Herrero R, Schiffman MH, Bratti C, et al. Design and methods of a population-based natural history study of cervical neoplasia in a rural province of Costa Rica: the Guanacaste Project. *Pan American Journal of Public Health* 1(5):362-375 (May 1997).
7. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):252-258 (February 3, 1999).
8. Parkin DM. "The Epidemiological Basis for Evaluating Screening Policies." In: Franco E and Monsonog J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Oxford: Blackwell Science (1997).
9. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization (1992).
10. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al., eds. *Cancer Incidence in Five Continents, Volume VII*. International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publications No. 143. Lyon: IARC (1997).
11. Herdman C, Sherris J. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH (2000).
12. Mandelblatt JS, Lawrence WR, Gaffikin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *Journal of the National Cancer Institute* 94(19): 1469-1483 (October 2, 2002).
13. Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, et al. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and costeffectiveness. *Journal of the American Medical Association* 285(24):3107-3115 (June 27, 2001).
14. IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. IARC Scientific Publications No. 76. Lyon: IARC (1986).

Membres de l'Alliance pour la prévention du cancer cervical

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001 USA, Tel: (212) 561-8000

IARC (International Agency for Research on Cancer), 150, cours Albert-Thomas, F-69372, Lyon cedex 08, FRANCE, Tel: 33-472738599

JHPIEGO, 1615 Thames Street, Baltimore, Maryland 21231 USA, Tel: (410) 955-8618

PAHO (Pan American Health Organization), 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA, Tel: (202) 974-3890

PATH, Agence responsable pour la coordination de l'Alliance, 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107 USA, Tel: (206) 285-3500