



HAL
open science

Évaluation de la qualité des frottis cervico-utérins réalisés en décubitus latéral : étude comparative rétrospective menée en Seine-Maritime et dans l'Eure

Tiana Ralantoaritsimba

► **To cite this version:**

Tiana Ralantoaritsimba. Évaluation de la qualité des frottis cervico-utérins réalisés en décubitus latéral : étude comparative rétrospective menée en Seine-Maritime et dans l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961480

HAL Id: dumas-02961480

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961480v1>

Submitted on 2 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2020

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat de Médecine Générale

Par

Tiana RALANTOARITSIMBA

Née le 17 juillet 1989 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2020

**Evaluation de la qualité des frottis cervico-utérins
réalisés en décubitus latéral : étude comparative
rétrospective menée en Seine Maritime et dans
l'Eure**

PRESIDENT DU JURY :

Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTRICE DE THESE :

Dr Laure LEFEBVRE

MEMBRES DU JURY :

Pr Elisabeth MAUVIARD

Dr Yveline SEVRIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie

Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par la délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury, je vous remercie pour l'attention que vous portez à mon travail,

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Madame le Docteur Yveline SEVRIN,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Laure LEFEBVRE,

Je te remercie pour tout ce que tu as pu m'apporter au cours de ces années d'internat, des cours d'étude dirigée au stage de SASPAS. Ton regard et ton implication dans la pratique de la médecine générale m'impressionneront toujours. Merci pour ta patience et tes conseils tout au long de ce travail de thèse. Reçois toute ma gratitude.

A tous les médecins ayant accepté de participer à ce travail de thèse,

Merci d'avoir accepté de m'accorder de votre temps.

A tous ceux qui ont participé à ma formation médicale,

À mes maîtres de stage,

Madame le Docteur FRICOUT, Monsieur le Docteur NOUVELLON, Madame le Docteur YRLES, Madame le Docteur SIMON,

Vous avez participé à ma formation médicale en m'accueillant dans vos cabinets médicaux. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes remerciements sincères.

Aux services et équipes qui m'ont accueilli en stage

- Urgences du Centre Hospitalier de Dieppe
- Médecine gériatrique et polyvalente du CHU Saint Julien
- Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Intercommunal d'Evreux
- Urgences pédiatriques du Groupe Hospitalier du Havre
- Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Rouen.

Je vous remercie pour votre accueil et le savoir que vous m'avez transmis.

Aux médecins rencontrés lors de remplacements,

Merci de m'avoir si bien accueillie au sein de vos cabinets. J'ai également beaucoup appris de la médecine générale grâce à vous.

«Rien n'est permanent, sauf le changement »

Héraclite d'Ephèse

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	21
Table des illustrations	22
AVANT PROPOS	24
INTRODUCTION	25
1.1 Pré requis : Le dépistage du cancer du col de l'utérus	27
1.1.1 Contexte épidémiologique	27
1.1.2 Le dépistage du cancer du col de l'utérus	28
1.1.3 Le frottis cervico-utérin	30
1.2 Présentation des positions d'examen gynécologique utilisées dans l'étude	32
1.2.1 L'examen gynécologique en position classique	32
1.2.2 L'examen gynécologique en décubitus latéral	33
2 POPULATION ET METHODE	37
2.1 Population étudiée	37
2.1.1 Recrutement des praticiens	37
2.1.2 Sélection des patientes	37
2.2 Méthode de recueil des données	38
2.3 Analyse des données	39
2.3.1 Critères de jugement	39
2.3.2 Analyse statistique	40
2.4 Méthode de recherche bibliographique	41
3 RESULTATS	42
3.1 Caractéristiques générales de la population	43
3.1.1 Âge	44
3.1.2 Indice de masse corporelle	44
3.1.3 Statut hormonal	45
3.1.4 Evaluation globale de la qualité des FCU	46
3.2 Caractéristiques des deux groupes	47
3.2.1 Description des groupes « décubitus latéral » et « position classique » selon les différentes caractéristiques étudiées	48
3.2.2 Qualité des FCU	54
4 DISCUSSION	58
4.1 Discussion des résultats	58

4.1.1	Caractéristiques des patientes dans les populations	58
4.1.2	Qualité des frottis	60
4.1.3	Présence de cellules endocervicales	60
4.1.4	Résultats de l'étude et revue de la littérature	61
4.2	Discussion de la méthode	63
4.2.1	Un sujet inédit	63
4.2.2	Type d'étude	64
4.2.3	Population	65
4.2.4	Les biais	65
4.3	Perspectives	66
5	CONCLUSION	68
	Références bibliographiques	69
	Annexes.....	72
	Annexe 1 : Compte-rendu cytologique (Système de Bethesda 2014).....	72
	Annexe 2 : Fiche d'information destinée aux praticiens	74
	Annexe 3 : Fiche d'information destinée aux patientes	75
	Annexe 4 : Fiche de recueil des données	76
	Annexe 5 : Cotation CCAM des frottis cervico-utérins (FCU).....	77
	Résumé.....	78

LISTE DES ABREVIATIONS

BDSP : Banque de données en santé publique

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCU : Cancer du col de l'utérus

CisMEF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française

CO : Contraception orale

CRCDC : Centre régional de coordination des dépistages des cancers

DIU : Dispositif intra utérin

DL : Décubitus latéral

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

HPV: Papillomavirus humain

HPV-HR : Papillomavirus humain à haut risque oncogène

IMC : Indice de masse corporelle

PC : Position classique

PNDO : Programme national de dépistage organisé

RIPH : Recherche impliquant la personne humaine

SASPAS : Stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Evolution du nombre de gynécologues médicaux en France entre 2013 et 2018	28
Figure 2 : Evolution de la densité de gynécologues médicaux en France entre 2013 et 2018	29
Figure 3 : Matériel nécessaire à la réalisation d'un FCU en milieu liquide	31
Figure 4 : Examen gynécologique en position classique.....	33
Figure 5 : Examen gynécologique en DL – Vue du dessus.....	34
Figure 6 : Examen gynécologique en DL – Vue depuis la table d'examen	35
Figure 7 : Examen gynécologique en DL – Placement du soignant.....	35
Figure 8 : Examen gynécologique en DL – Mise en place du spéculum.....	36
Figure 9 : Examen gynécologique en DL – Visualisation du col utérin.....	36
Figure 10 : Evolution de nombre de patientes recrutées pour l'étude.....	42
Figure 11 : Répartition de l'ensemble des FCU selon l'âge	44
Figure 12 : Répartition de l'ensemble des FCU selon l'IMC.....	45
Figure 13 : Répartition de l'ensemble des FCU selon le statut hormonal	45
Figure 14 : Répartition de l'ensemble des FCU selon la qualité.....	46
Figure 15 : Répartition des FCU en DL selon l'âge.....	48
Figure 16 : Répartition des FCU en PC selon l'âge.....	49
Figure 17 : Comparatif de l'âge des patientes entre les deux groupes	49
Figure 18 : Répartition des FCU en DL selon l'IMC	50
Figure 19 : Répartition des FCU en PC selon l'IMC	51
Figure 20 : Comparatif de l'IMC des patientes entre les deux groupes	51
Figure 21 : Répartition des FCU en DL selon le statut hormonal	52
Figure 22 : Répartition des FCU en PC selon le statut hormonal.....	53
Figure 23 : Comparatif du statut hormonal entre les deux groupes	53
Figure 24 : Répartition des FCU en DL selon la qualité du FCU.....	55
Figure 25 : Répartition des FCU en PC selon la qualité du FCU.....	55
Figure 26 : Comparatif de la qualité des FCU entre les deux groupes	56

Tableaux

Tableau 1 :	Caractéristiques générales de la population	43
Tableau 2 :	Comparaison des groupes « PC » et « DL ».....	47
Tableau 3 :	Comparaison de la qualité des FCU.....	54
Tableau 4 :	Intervalles de confiance	54
Tableau 5 :	Intervalles de confiance (binaire).....	54

AVANT PROPOS

Le frottis cervico utérin ou FCU désigne l'acte de prélèvement réalisé dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, à partir duquel trois examens différents peuvent être réalisés : l'examen cytologique, le test HPV, le double immuno-marquage p16^{INK4A}/Ki67.

Dans le langage courant, le frottis est parfois synonyme de la cytologie.

Dans cette thèse, les termes « frottis » ou « FCU » seront utilisés pour désigner le prélèvement.

INTRODUCTION

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) est insuffisant. Le taux de couverture du dépistage est estimé à 59% pour la période 2015-2017 et il est inférieur à 50% chez les femmes de plus de 50 ans. (1)

Plusieurs freins au dépistage ont été identifiés au sein de la population cible. Il existe d'une part des freins liés à l'inégalité d'accès au dépistage, en lien avec la démographie médicale, les difficultés socio-économiques des patientes, l'accessibilité géographique du système de soins, les délais de rendez-vous... D'autre part, il existe des freins inhérents à la patiente tels que la méconnaissance du CCU et des modalités de dépistage, la négligence du suivi gynécologique et la réticence à l'examen gynécologique en lui-même devant son caractère intrusif et son vécu désagréable. (2)

Afin d'améliorer le vécu des patientes à l'examen gynécologique, une des pistes serait de pouvoir proposer aux patientes une alternative à la position d'examen gynécologique classique (patiente allongée en décubitus dorsal, les pieds placés dans les étriers). D'autres positions d'examen existent mais elles sont malheureusement peu connues et non enseignées au cours de la formation médicale, que ce soit en médecine générale, en gynécologie ou en maïeutique.

Dans cette étude, nous nous intéressons à l'une d'entre elles, dite en décubitus latéral ou position latérale ou « à l'anglaise ». C'est une position d'examen facile d'apprentissage et d'utilisation par les professionnels de santé et qui ne nécessite pas de matériel particulier. Elle peut être utilisée pour l'examen pelvien mais également pour la réalisation d'actes techniques tels que les frottis cervico-utérins (FCU) ou la pose de dispositifs intra-utérins (DIU). C'est au cours de ma dernière année d'internat, lors de mon SASPAS que j'ai découvert cette position d'examen. Après un temps d'observation et d'apprentissage, j'ai eu l'opportunité de réaliser des FCU en décubitus latéral à plusieurs reprises.

Dans leur thèse de médecine générale, Botalla-Piretta (3), Brun-Cottan (4), Grange-Cabane (5), Guillon-Boucher (6), ainsi que Feauveau dans son mémoire de sage-femme (7), ont exploré le ressenti des patientes lors de l'examen gynécologique en décubitus latéral, en évaluant plusieurs paramètres tels que la douleur, l'anxiété, la

pudeur et le confort. Les résultats sont plutôt positifs avec une grande majorité des patientes souhaitant être à nouveau examinées dans cette position lors d'un futur examen gynécologique, les résultats variant entre 80% et 92% selon les études.

A ce jour, aucune étude n'a été menée sur les actes techniques réalisés en décubitus latéral.

Quelle que soit la position d'examen gynécologique utilisée, la qualité des FCU est un élément indispensable pour la détection de cellules anormales lors de l'analyse cytologique et pour éviter certains faux négatifs.

Lors de la revue de la littérature francophone et anglophone, nous n'avons retrouvé aucune étude évaluant la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral, bien qu'ils soient réalisés en routine par certains praticiens, ce qui a soulevé plusieurs interrogations : cette pratique est-elle légitime pour le dépistage du CCU ? Les FCU réalisés en décubitus latéral sont-ils de bonne qualité ? Leur qualité est-elle comparable aux FCU réalisés en position gynécologique classique ?

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral, et de comparer leur qualité à celle des FCU réalisés en position gynécologique classique.

1.1 PRE REQUIS : LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

1.1.1 Contexte épidémiologique

Chaque année en France, le CCU touche environ 3 000 femmes et il est responsable d'environ 1100 décès évitables. Selon les données les plus récentes, le CCU représente le 12^{ème} cancer féminin en termes d'incidence et de mortalité. (8)

Trois quart des cancers sont diagnostiqués chez des femmes de moins de 65 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 53 ans et l'âge moyen au moment du décès est de 64 ans. (8) (9)

En France, l'incidence et la mortalité par CCU ont considérablement diminué depuis 1990 (-1,8 % par an en moyenne pour l'incidence et -2,1% par an en moyenne pour la mortalité) grâce à l'utilisation à large échelle du dépistage cytologique par FCU. Cette décroissance ralentit depuis le début des années 2000. (8)

Le CCU est attribuable dans presque 100% des cas à une infection persistante par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) oncogènes, infection très fréquente, transmissible par contact sexuel. Le délai entre une infection persistante par le HPV et l'apparition de lésions est en moyenne de 10 à 15 ans. Cependant, près de 95% des infections par HPV guérissent spontanément, sans provoquer d'anomalie. (8)

Le CCU est un cancer évitable, pour lequel il existe deux actions de prévention complémentaires :

- La **vaccination** contre les infections à HPV, en prévention primaire, qui concerne les filles et les garçons de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus. La vaccination reste recommandée jusqu'à 26 ans pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. (10)
- Le **dépistage**, en prévention secondaire, permettant la détection et le traitement de lésions précancéreuses ou de lésions cancéreuses à un stade précoce. Le dépistage du CCU peut reposer sur différents types de tests, notamment l'examen cytologique et le test HPV.

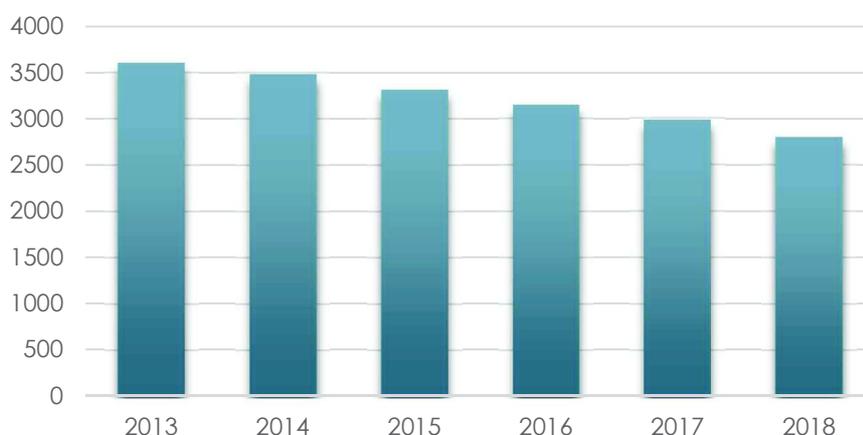
Malgré la disponibilité de moyens de prévention, c'est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade en France (survie à 5 ans passant de 68 % pour les

femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 63 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010). (8)

1.1.2 Le dépistage du cancer du col de l'utérus

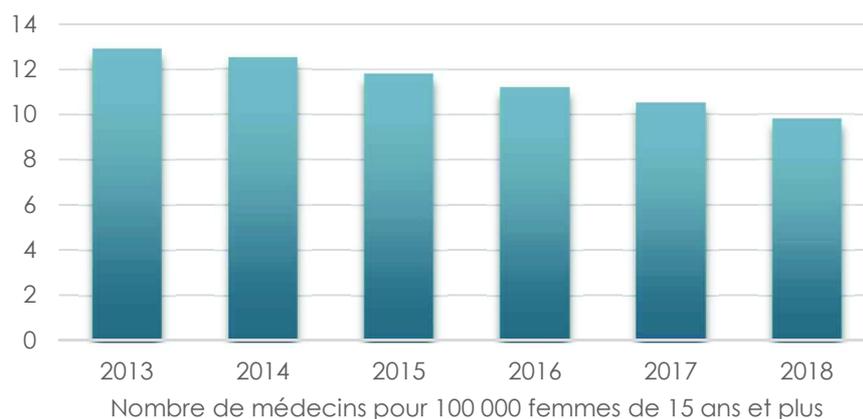
Il s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non contre les infections à HPV. Il concerne 17,8 millions de femmes en France.

Différents professionnels de santé sont impliqués dans le dépistage de CCU. Les patientes peuvent consulter un gynécologue, un médecin généraliste, une sage-femme, en cabinet ou dans un centre de santé, un centre de planification familial ou à l'hôpital, dans certains laboratoires de biologie médicale, sur prescription médicale. En France, la majorité des FCU sont réalisés par des gynécologues, la proportion de FCU réalisés par les médecins généralistes serait de l'ordre de 8 à 12%. (2) Cependant, les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans le dépistage, du fait de l'évolution de la démographie médicale avec la diminution du nombre de gynécologues médicaux (Figures 1 et 2) et grâce à l'importance de la relation médecin/patiente permettant d'aller chercher et sensibiliser les femmes échappant habituellement au dépistage. Les sages-femmes sont autorisées depuis 2009 à réaliser des FCU de dépistage en dehors du contexte de grossesse et de post-partum, suite à la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire).



Source : ASIP-Santé RPPS, Traitement DREES

Figure 1 : Evolution du nombre de gynécologues médicaux en France entre 2013 et 2018



Source : ASIP-Santé RPPS, Traitement DREES

Figure 2 : Evolution de la densité de gynécologues médicaux en France entre 2013 et 2018

Malgré des tests de dépistage efficaces et une offre de soins variée, la participation au dépistage n'est pas optimale. D'une part, environ 40% des femmes au sein de la population cible ne se font pas ou trop peu souvent dépister (situation de sous-dépistage). D'autre part, paradoxalement, parmi les femmes se faisant dépister, 40% sont trop fréquemment dépistées (situation de sur-dépistage). (1)

Le dépistage du CCU est en pleine évolution. Jusqu'en 2018, il reposait sur un dépistage spontané (ou dépistage individuel), c'est-à-dire qu'il était réalisé à la demande du médecin ou parfois à l'initiative de la patiente, et non organisé (hormis dans certains départements dans lesquels des programmes pilotes de dépistage organisé ont été mis en place depuis le début des années 1990). Les recommandations plaçaient l'examen cytologique par FCU, parfois couplé au test HPV, comme test de dépistage de référence chez les femmes de 25 à 65 ans. Le rythme du dépistage était fixé par la Haute Autorité de Santé (HAS) à un FCU tous les trois ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle.

Depuis 2018, un programme national de dépistage organisé (PNDO) du CCU est en cours de déploiement sur le territoire, suite aux travaux du Plan cancer 2014-2019. Le dépistage organisé vient compléter le dépistage spontané. Les femmes consultant peu et/ou ne réalisant pas ce dépistage reçoivent un courrier d'invitation adressé par le centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), puis une

relance 12 mois après l'envoi de la première invitation si elles n'ont pas encore réalisé de dépistage. (11)

En 2019, la HAS a émis de nouvelles recommandations sur les modalités de dépistage du CCU. Il reste basé sur la réalisation d'un examen cytologique entre 25 et 30 ans avec la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, puis trois ans après si le résultat des deux premiers est normal. Dans ce cadre, l'examen cytologique en milieu liquide est recommandé car il permet la réalisation d'un test HPV sur le même prélèvement (test réflexe) si nécessaire. À partir de 30 ans, la HAS recommande que le test HPV remplace l'examen cytologique comme test de dépistage primaire du CCU. Le test HPV chez les femmes entre 30 et 65 ans est réalisé trois ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de cinq ans, dès lors que le résultat du test est négatif. L'auto-prélèvement vaginal doit être proposé, à partir de 30 ans, aux femmes non dépistées ou insuffisamment dépistées. (12)

Le PNDO du CCU a pour objectif de permettre à l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans d'avoir accès à un dépistage régulier; de réduire l'incidence et le nombre de décès de 30 % en 10 ans; d'atteindre un taux de couverture du dépistage dans la population cible de 80 %, en luttant contre les inégalités d'accès au dépistage notamment pour les populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Il s'appuie sur le rôle déterminant des professionnels de santé pour informer et sensibiliser les femmes sur l'importance du dépistage. (11)

Au printemps 2020, le dépistage organisé n'est toujours pas opérationnel sur le territoire.

1.1.3 Le frottis cervico-utérin

Le FCU consiste en un prélèvement de cellules au niveau du col utérin intéressant la jonction entre l'endocol et l'exocol. La qualité du prélèvement est essentielle pour pouvoir détecter des cellules anormales lors de l'analyse cytologique, qui correspondent à des lésions précancéreuses ou des lésions cancéreuses à un stade précoce.

Pour cela, lors de l'examen gynécologique, le col doit être correctement exposé à l'aide d'un spéculum. Certaines conditions doivent être également respectées : le FCU doit être réalisé à distance des rapports sexuels (48h) ; en dehors de la période menstruelle, de tout traitement local ou d'infection ; si nécessaire après un traitement oestrogénique chez la femme ménopausée ; le FCU doit précéder le toucher vaginal (13). Usuellement, il n'est pas conseillé d'utiliser un lubrifiant, mais des études ont montré que l'utilisation de gels hydrosolubles en petite quantité ne modifiait pas la qualité des prélèvements, à condition d'éviter d'en mettre sur une partie du spéculum pouvant toucher le col. (14)

La contre-indication au FCU est la présence d'une lésion cervicale suspecte. Dans cette situation, la patiente doit être adressée directement à un spécialiste pour une colposcopie et/ou une biopsie. (13)

Depuis le déploiement du PNDO du CCU, le FCU en milieu liquide est recommandé. Le prélèvement est fait à l'aide d'une cytobrosse de type Cervex Brush®, qui prélève simultanément les cellules exo- et endo-cervicales. La cytobrosse est immédiatement rincée dans le flacon contenant le fixatif (Figure 3). Le FCU en milieu liquide réduit le nombre de frottis ininterprétable. Il permet la réalisation d'un examen cytologique et d'un test HPV sur le même prélèvement (test réflexe).

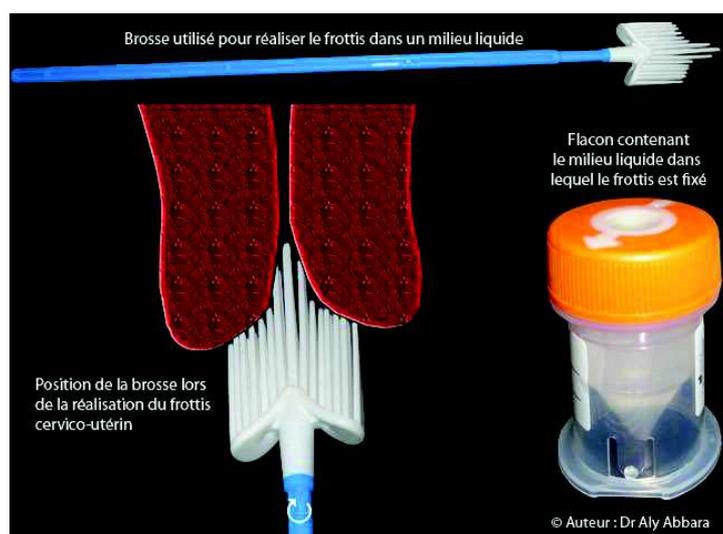


Figure 3 : Matériel nécessaire à la réalisation d'un FCU en milieu liquide

Le prélèvement est analysé en laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques. Différentes étapes de filtration, collection et transfert sur lame permettent d'éliminer une grande partie des éléments pouvant gêner l'interprétation. L'interprétation des résultats est standardisée, selon le système de Bethesda 2014 pour l'examen cytologique (Annexe 1). Elle fait état de la qualité du prélèvement (satisfaisant / non satisfaisant) et établit un diagnostic avec un classement d'éventuelles anomalies cytologiques détectées.

En France, le pourcentage de frottis non satisfaisants est inférieur à 2% des frottis (15). En cas de frottis non satisfaisant, les causes sont explicitées et la patiente est convoquée pour faire un nouveau frottis dans un délai de trois mois.

Chaque année en France, 5 à 6 millions de FCU sont réalisés. Entre 3 et 5% des FCU réalisés présentent des anomalies. Sur ces 235 000 FCU anormaux, 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses sont dépistées. (8)

1.2 PRESENTATION DES POSITIONS D'EXAMEN GYNECOLOGIQUE UTILISEES DANS L'ETUDE

1.2.1 L'examen gynécologique en position classique

Dans cette étude, la position d'examen gynécologique dite « en position classique » (ou décubitus dorsal) est celle qui est enseignée lors de la formation médicale. C'est la position la plus souvent utilisée en pratique courante.

L'examen se fait sur une table gynécologique ou sur une table d'examen équipée d'étriers. La patiente est allongée sur le dos, les pieds sont placés dans les étriers et le périnée au bord de la table d'examen (Figure 4). L'examineur est assis sur une chaise ou un tabouret et se place entre les jambes de la patiente. Pour le respect de la pudeur de la patiente, la partie inférieure du corps peut être recouverte d'un drap ou d'un papier d'examen.



Source : Revue Exercer

Figure 4 : Examen gynécologique en position classique

1.2.2 L'examen gynécologique en décubitus latéral

Le décubitus latéral est utilisé pour les accouchements depuis le XVIIIème siècle en Angleterre.

En France, c'est au début des années 2000 que le décubitus latéral commence à être utilisé pour les accouchements, grâce au Dr Bernadette De Gasquet qui popularise le décubitus latéral à travers des formations qu'elle propose dès 2002. Elle forme des équipes obstétricales à l'accouchement en décubitus latéral et intervient dans les écoles de sages-femmes. Dans le cadre de leur mémoire de sage-femme, Doucin (16), Francisco-Vivier (17), Lefranc (18) et Moreau (19) ont montré que cette position permettait de diminuer les lésions périnéales.

Depuis une dizaine d'années, le décubitus latéral connaît un intérêt grandissant en gynécologie médicale en France. En 2009, Martin Winckler écrivait « Le Chœur des femmes », livre dans lequel il consacre un chapitre sur la « posture à l'anglaise ». (20) En 2011, Dr Borée nous faisait part de son expérience sur sa pratique de l'examen gynécologique « à l'anglaise » à travers un billet illustré sur son blog médical. (21) Plusieurs articles en ligne sur des sites destinés au grand public ont également été rédigés.

Dans cette étude, la position dite en « décubitus latéral » est celle la moins pratiquée. Nous n'avons pas fait de distinction entre le décubitus latéral droit ou gauche, le choix variant en fonction des habitudes des praticiens et/ou du confort des patientes. Cette position ne nécessite pas de table d'examen spécifique ou de matériel supplémentaire, à l'inverse de la position gynécologique classique.

Il existe deux variantes possibles : la patiente est allongée sur le côté, soit la jambe qui est au contact de la table d'examen est tendue et l'autre jambe est fléchie vers l'avant, le genou venant se poser sur la table (Figure 5), c'est la position décrite par le Dr Borée ; soit les deux jambes sont fléchies vers l'avant, position dite « en chien de fusil » décrite par M. Winkler dans son ouvrage. L'examineur se tient debout, se place derrière la patiente et doit se courber en avant pour être au niveau de la patiente (Figure 4). Tout comme dans la position classique, la partie inférieure du corps peut être recouverte d'un drap ou d'un papier d'examen.

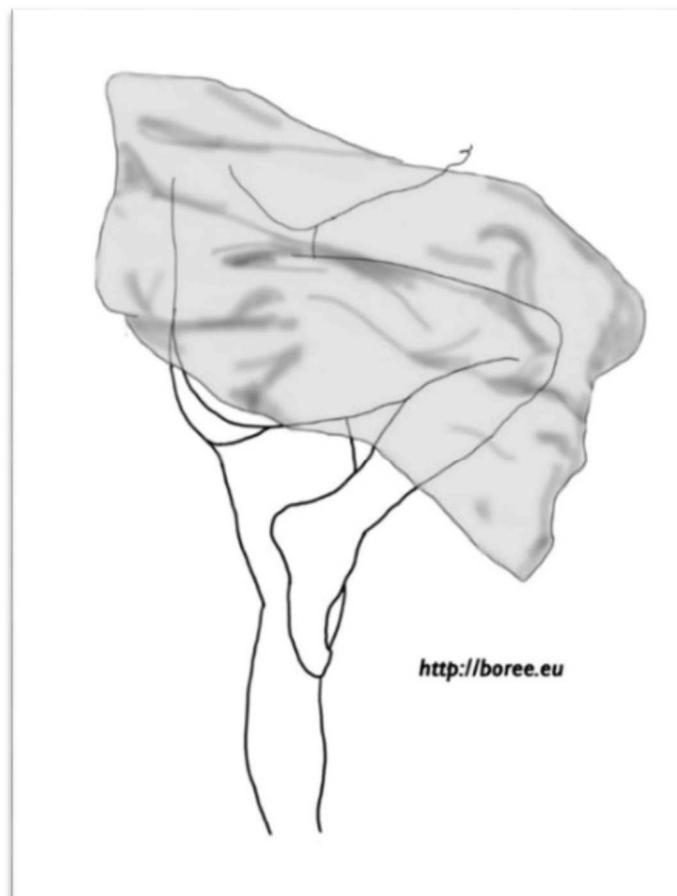


Figure 5 : Examen gynécologique en DL – Vue du dessus

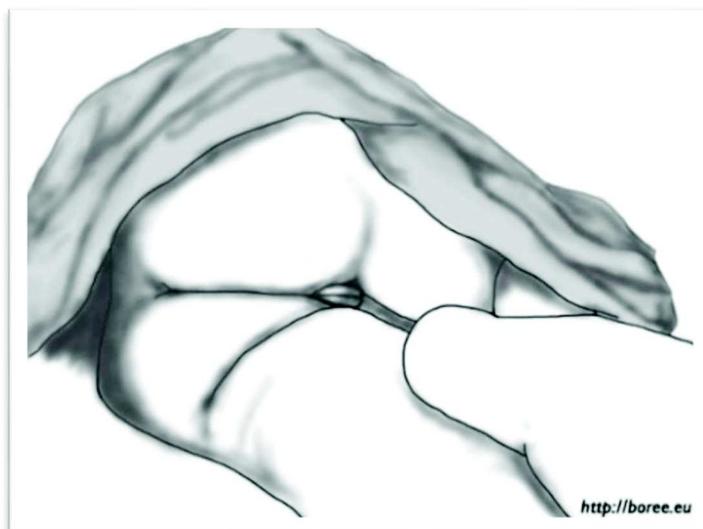


Figure 6 : Examen gynécologique en DL – Vue depuis la table d'examen

Le praticien soulève la fesse et la grande lèvre supérieures pour exposer la vulve (Figure 5). Le spéculum va venir s'appuyer sur la fourchette postérieure et se diriger selon l'axe du corps, légèrement en postérieur (Figure 6). Cette position favorise le relâchement des muscles du périnée et facilite l'introduction du spéculum.



Figure 7 : Examen gynécologique en DL – Placement du soignant

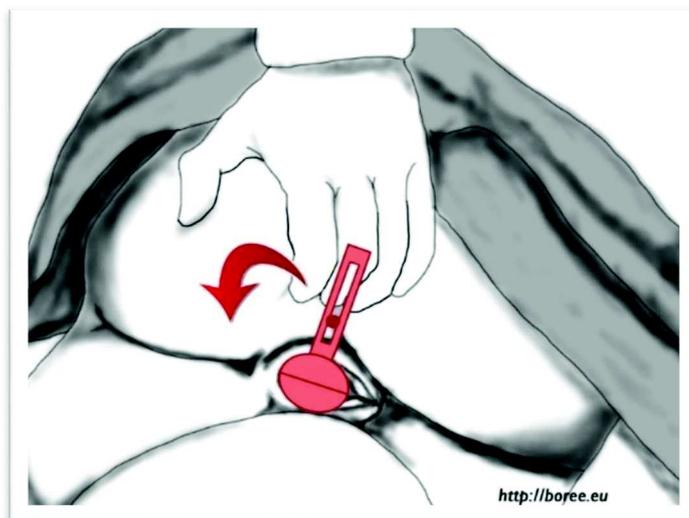


Figure 8 : Examen gynécologique en DL – Mise en place du spéculum

Après ouverture des valves du spéculum, le col est visualisé. (Figure 7)

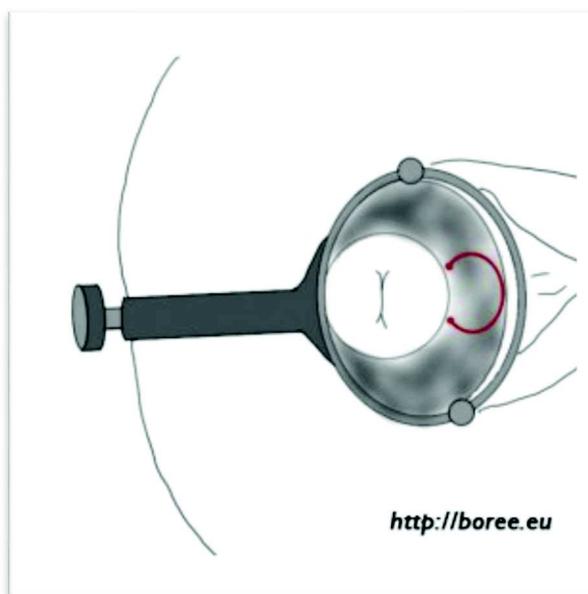


Figure 9 : Examen gynécologique en DL – Visualisation du col utérin

2 POPULATION ET METHODE

Il s'agit d'une étude quantitative, comparative, rétrospective et multicentrique, menée entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} mai 2020, en Seine Maritime et dans l'Eure.

2.1 POPULATION ETUDIEE

2.1.1 Recrutement des praticiens

Nous souhaitons recruter des praticiens, médecins généralistes et sages-femmes, exerçant en activité libérale en Seine Maritime ou dans l'Eure et réalisant dans leur pratique courante soit les FCU en décubitus latéral, soit les FCU en position gynécologique classique.

Les praticiens proposant à leurs patientes d'être examinées en décubitus latéral sont peu nombreux et difficiles à identifier. Nous avons lancé un appel sur la liste de diffusion d'un syndicat de médecine générale et de l'association des sages-femmes libérales de Haute-Normandie. Nous n'avons pas reçu de réponses concrètes par ce biais. Par conséquent, le recrutement des praticiens s'est fait auprès de mon réseau de connaissances, auprès de médecins généralistes rencontrés lors de mon internat (stage ambulatoire de 1^{er} niveau et SASPAS) ou lors de remplacements. Le premier contact s'est fait le plus souvent par mail, parfois lors d'un entretien direct, l'objectif étant de leur présenter rapidement mon étude et de leur remettre différents documents tels que la fiche d'information pour le praticien (Annexe 2), la fiche d'information pour les patientes (Annexe 3) et la fiche de recueil de données (Annexe 4). Chaque praticien contacté était invité à recruter d'autres praticiens. Pour les praticiens réalisant des examens gynécologiques en position classique, le recrutement a été plus aisé et s'est fait par le même biais. A l'issue du recrutement, l'ensemble des participants à l'étude étaient des médecins généralistes.

2.1.2 Sélection des patientes

Par la suite, nous avons recherché au sein de la patientèle de chaque praticien recruté les dossiers des patientes répondant aux critères d'inclusion.

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les patientes, quel que soit leur âge, ayant eu un FCU réalisé par un des médecins généralistes recrutés, entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} mai 2020.

Les patientes ont ensuite été réparties en deux groupes :

- **Groupe « position classique »** : les patientes ayant eu un FCU en position gynécologique classique;
- **Groupe « décubitus latéral »** : les patientes ayant eu un FCU en décubitus latéral.

Critère d'exclusion

Ont été exclues les patientes ayant eu un FCU réalisé par une autre personne que leur médecin généraliste (ex : remplaçant, interne...) ; les patientes ayant eu un FCU réalisé dans une autre position d'examen que celle attribuée à leur médecin généraliste pour l'étude.

En effet, les médecins généralistes du groupe « décubitus latéral » sont parfois amenés à utiliser la position gynécologique classique, à la demande de la patiente par exemple. Afin d'obtenir deux groupes comparables et limiter les biais, nous avons décidé de ne retenir que les FCU réalisés en décubitus latéral pour ces praticiens.

2.2 METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

L'ensemble des médecins généralistes a accepté que je réalise moi-même le recueil de données à partir de leur espace de travail, compte tenu du nombre important de paramètres à recueillir et de dossier à traiter.

La recherche des dossiers des patientes à inclure dans l'étude s'est faite soit à partir de la cotation CCAM de l'acte du FCU (Annexe 5), soit à partir d'une recherche par mots clés depuis le logiciel médical, sur la période de notre étude, à savoir entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} mai 2020. Le recueil de données a été une étape complexe devant la diversité des logiciels médicaux utilisés, chaque logiciel ayant une organisation des données différentes, mais également devant la pertinence et l'exhaustivité des informations renseignées dans chaque dossier médical. La durée nécessaire au

recueil de données a été environ de 50 heures. La fiche d'information à destination des patientes (Annexe 3) a été remise aux praticiens. Une note a été mise dans le dossier médical des patientes incluses dans l'étude, permettant au praticien de leur remettre cette fiche d'information lors d'un rendez-vous ultérieur.

La base de données a été réalisée manuellement à partir de données issues des dossiers médicaux des patientes. Chaque dossier a été résumé sur un fichier Excel® de recueil. Les variables retenues étaient à la fois quantitatives continues et qualitatives.

Pour chaque patiente nous avons relevé les variables suivantes :

- Age
- Poids et taille pour le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)
- Le statut hormonal, que nous avons défini en plusieurs catégories :
 - o Contraception : contraception orale, DIU, implant
 - o Grossesse
 - o Ménopause
 - o Post-partum < 12 semaines
 - o Aucun : statut non renseigné ou aucune des situations précédentes présentes (ex : contraception définitive)

Les variables d'intérêt de notre étude sont qualitatives et correspondent aux résultats des FCU. Les résultats des FCU ont été analysés et seuls les critères suivant ont été retenus pour cette étude :

- L'évaluation de la qualité du FCU
- La présence ou non de cellules endocervicales.

Les données ont fait l'objet d'une vérification préalable pour la présence de données aberrantes et la cohérence entre les différents champs.

2.3 ANALYSE DES DONNEES

2.3.1 Critères de jugement

Critère de jugement principal

La qualité du FCU lors de l'analyse cytologique était l'élément évalué dans cette étude et constituait le critère de jugement principal.

Nous avons fait le choix de classer la qualité des FCU en trois catégories :

- **Satisfaisant** : FCU satisfaisant pour interprétation avec présence de cellules endocervicales
- **Satisfaisant mais limité** : FCU satisfaisant pour interprétation mais absence de cellules endocervicales
- **Non satisfaisant** : FCU non satisfaisant pour interprétation (raison précisée)

Lors de la revue de la littérature, la qualité des FCU lors de l'examen cytologique est définie par un pourcentage de FCU non satisfaisant strictement inférieur à 2% en France.

Critère de jugement secondaire

Il nous a paru également pertinent d'évaluer la présence de cellules endocervicales sur les FCU lors de l'examen cytologique, ce qui constituait notre critère de jugement secondaire. En ajoutant la catégorie « satisfaisant mais limité » par rapport au système Bethesda 2001, nous souhaitons évaluer si la position d'examen pouvait modifier le recueil cellulaire au niveau de la zone de jonction.

2.3.2 Analyse statistique

Le nombre minimum de patientes à inclure a été défini à l'avance. Pour la comparaison des effectifs de variables qualitatives, le test de Chi² a été utilisé. Pour la comparaison des effectifs de variables quantitatives, le test de Student a été utilisé.

Les intervalles de confiance ont été calculés. Tous les tests ont été réalisés avec un risque de première espèce $\alpha=5\%$. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0.05.

Les variables quantitatives d'âge et d'IMC ont été analysées et ont été codées pour être transformées en variables qualitatives par la réalisation des classes de valeurs.

Le logiciel utilisé pour l'exploitation statistique des données est le logiciel R (v. 3.6.3).

2.4 METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons élaboré une liste de mots clés puis nous avons interrogé les sources documentaires suivantes :

- Bases de données bibliographiques automatisées : Medline, CisMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française), BDSP (Banque de Données en Santé Publique)
- Autres sources informatiques : Catalogue Sudoc, moteur de recherche Google
- Ouvrages disponibles à la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen, prêt entre bibliothèques

3 RESULTATS

Dans cette étude, 5 médecins généralistes ont été recrutés, 2 dans le groupe décubitus latéral et 3 dans le groupe position classique.

Sur la période de l'étude, 472 FCU ont été réalisés, 250 FCU en décubitus latéral et 222 FCU en position classique.

Après application des critères d'exclusion, 227 patientes ont été incluses dans le groupe décubitus latéral et 220 patientes ont été incluses dans le groupe position classique. Au total, 447 patientes ont été incluses dans l'étude. (Figure 8)

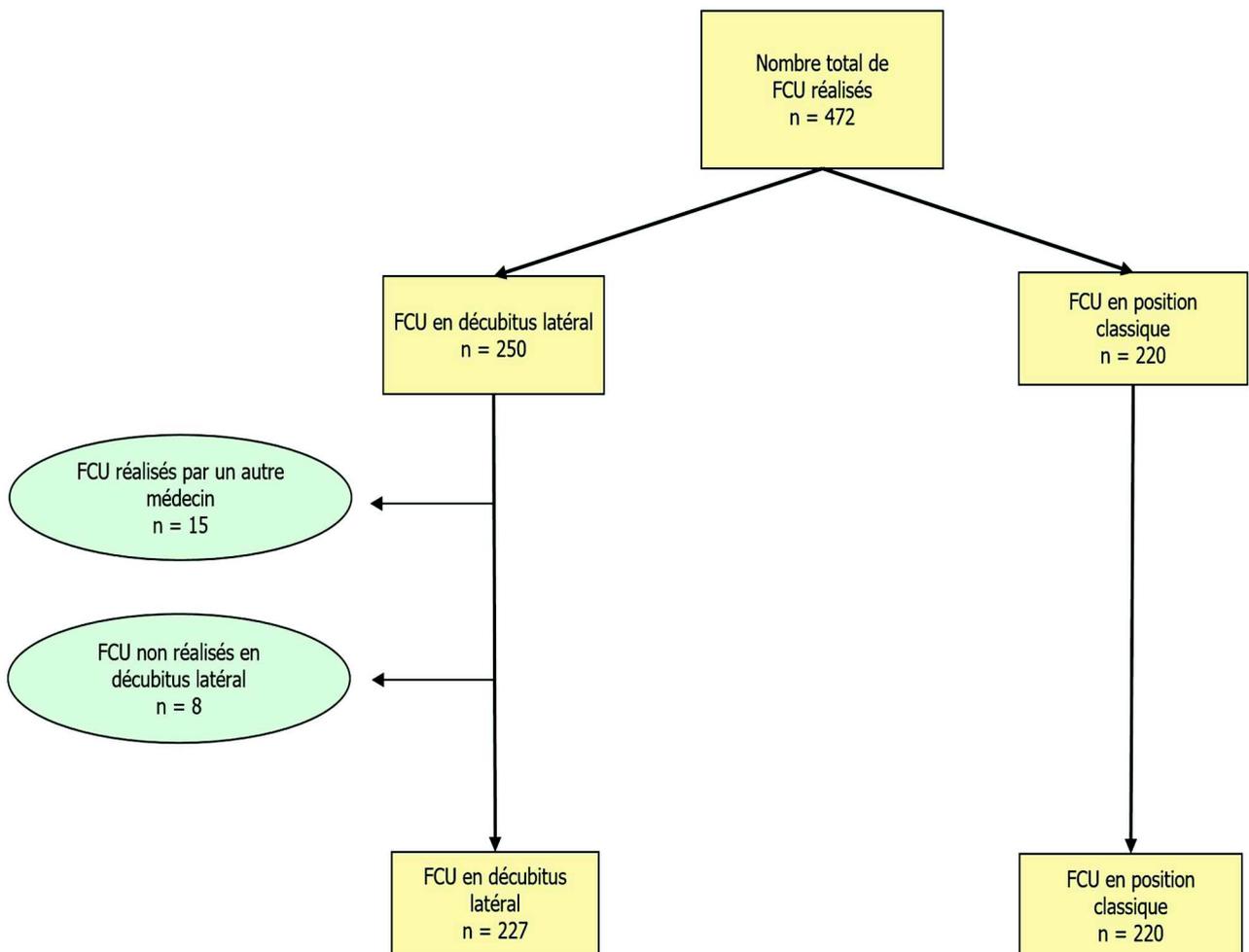


Figure 10 : Evolution de nombre de patientes recrutées pour l'étude

La première partie de ce travail consiste en une étude observationnelle descriptive des deux populations et des résultats des FCU réalisés en décubitus latéral et en position classique, entre le 1er janvier 2018 et le 1er mai 2020 inclus.

3.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population	
Caractéristiques des patientes	(n = 447)
<u>Age</u>	
Age moyen (années)	42 (+/-13)
Age par classe	
<i>Moins de 25 ans</i>	16 (3,6%)
<i>Entre 25 ans et 29 ans</i>	61 (13,6%)
<i>Entre 30 et 49 ans</i>	247 (55,3%)
<i>Entre 50 et 64 ans</i>	104 (23,3%)
<i>65 ans et plus</i>	19 (4,3%)
<u>IMC</u>	
IMC moyen (kg/m²)	26 (+/-5)
IMC par classe	
<i>Moins de 18,5</i>	5 (1,1%)
<i>Entre 18,5 et 24,9</i>	178 (39,8%)
<i>Entre 25 et 29,9</i>	123 (27,5%)
<i>Entre 30 et 39,9</i>	70 (15,7%)
<i>40 et plus</i>	10 (2,2%)
<i>Non connu</i>	61 (13,6%)
<u>Statut hormonal</u>	
<i>Aucun</i>	71 (15,9%)
<i>Contraception orale (CO)</i>	139 (31,1%)
<i>DIU</i>	97 (21,7%)
<i>Grossesse</i>	14 (3,1%)
<i>Ménopause</i>	106 (23,7%)
<i>Implant contraceptif</i>	11 (2,5%)
<i>Post-partum</i>	9 (2%)
<u>Qualité du FCU</u>	
<i>Satisfaisant</i>	357 (79,9%)
<i>Satisfaisant mais limité</i>	88 (19,7%)
<i>Non satisfaisant</i>	2 (0,4%)

3.1.1 Âge

Les patientes avaient entre 20 et 79 ans, avec un âge moyen de 42 ans (+/- 13 ans). La majorité des patientes avait entre 30 et 49 ans (247 patientes soit 55,3%), 104 patientes avaient entre 50 et 64 ans (23,3%), 61 patientes avaient entre 25 et 29 ans (13,6%), 19 patientes avaient plus de 65 ans (4,3%) et 16 patientes avaient moins de 25 ans (3,6%). (Tableau 1)

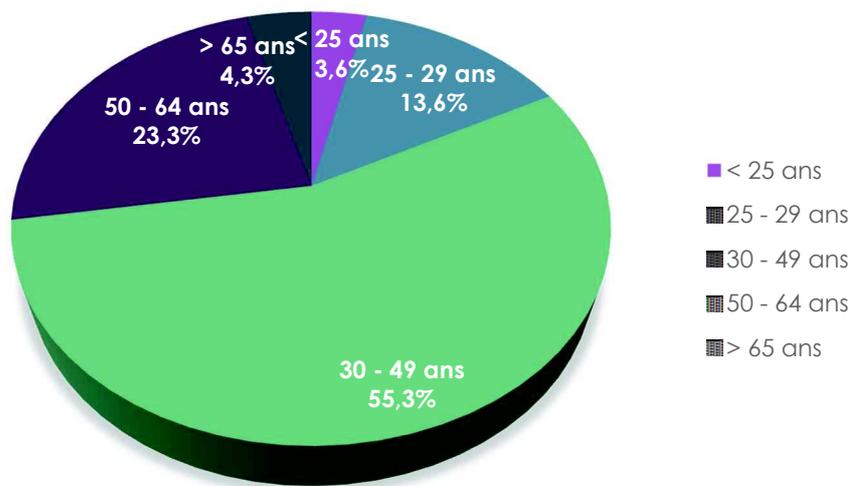


Figure 11 : Répartition de l'ensemble des FCU selon l'âge

3.1.2 Indice de masse corporelle

L'indice de Masse Corporelle (IMC) de ces patientes allait de 17,6 à 45,3 avec un IMC moyen de 26. La majorité des patientes avait un IMC normal compris entre 18,5 et 24,9 (178 patientes soit 39,8%), 5 patientes étaient en situation de maigreur avec un IMC < 18,5 (1,1%), 123 patientes étaient en surpoids avec un IMC > 25 (27,5%), 70 patientes étaient en situation d'obésité grade I ou II avec un IMC entre 30 et 39,9 (15,7%), 10 patientes étaient en situation d'obésité morbide avec un IMC \geq 40 (2,2%). Enfin, pour 61 patientes, l'IMC n'était pas connu (13,6%). (Tableau 1)

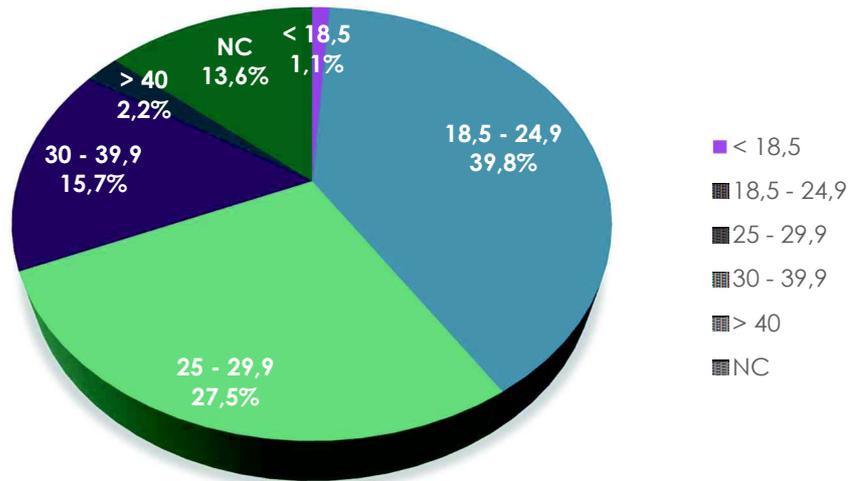


Figure 12 : Répartition de l'ensemble des FCU selon l'IMC

3.1.3 Statut hormonal

Concernant le statut hormonal des patientes, 139 patientes avaient une contraception orale (31,1%), 106 patientes étaient ménopausées (23,7%), 97 patientes avaient un DIU (21,7%), 14 patientes étaient enceintes (3,1%), 11 patientes avaient un implant contraceptif (2,5%), et enfin 9 patientes étaient en post-partum (2%). Pour 71 patientes, aucune des conditions précédentes n'était présente (15,9%). (Tableau 1)

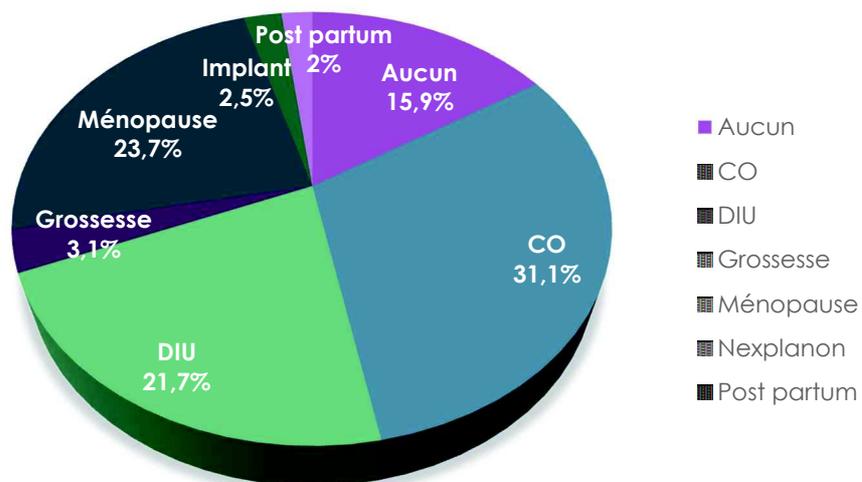


Figure 13 : Répartition de l'ensemble des FCU selon le statut hormonal

3.1.4 Evaluation globale de la qualité des FCU

La majorité des FCU ont été évalué comme « satisfaisant » (357 FCU soit 79,9%), 88 FCU ont été évalué comme « satisfaisant mais limité » (19,7%) et enfin seuls 2 FCU ont été évalué comme « non satisfaisant » (0,4%). (Tableau 1)

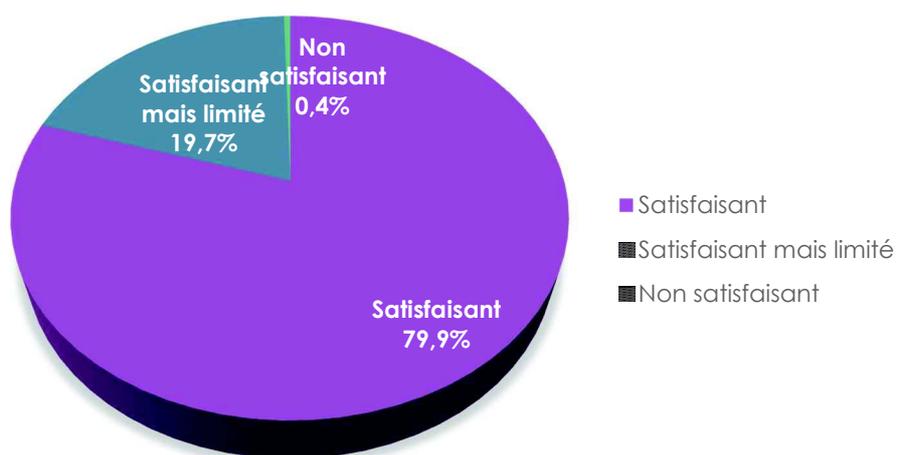


Figure 14 : Répartition de l'ensemble des FCU selon la qualité

3.2 CARACTERISTIQUES DES DEUX GROUPES

La deuxième partie de ce travail consiste en une analyse comparative des deux groupes et de la qualité des FCU. Pour plus de commodités, nous utiliserons l'abréviation « PC » pour le groupe « position classique » et l'abréviation « DL » pour le groupe « décubitus latéral ».

Tableau 2 : Comparaison des groupes « PC » et « DL »			
Caractéristiques des patientes	Groupe "PC" (n = 220)	Groupe "DL" (n = 227)	p value
Age			
Age moyen (années)	42 (+/-12)	41 (+/-13)	0,18 ^s
Age par classe			< 0,001
<i>Moins de 25 ans</i>	6 (2,7%)	10 (4,4%)	
<i>Entre 25 ans et 29 ans</i>	28 (12,7%)	33 (14,5%)	
<i>Entre 30 et 49 ans</i>	117 (53,2%)	130 (57,3%)	
<i>Entre 50 et 64 ans</i>	67 (30,5%)	37 (16,3%)	
<i>65 ans et plus</i>	2 (0,9%)	17 (7,5%)	
IMC			
IMC moyen	26 (+/-5)	26 (+/-5)	0,42 ^s
IMC par classe			0,82
<i>Moins de 18,5</i>	3 (1,4%)	2 (0,9%)	
<i>Entre 18,5 et 24,9</i>	85 (38,6%)	93 (41%)	
<i>Entre 25 et 29,9</i>	64 (29,1%)	59 (26%)	
<i>Entre 30 et 39,9</i>	38 (17,3%)	32 (14,1%)	
<i>40 et plus</i>	6 (2,7%)	4 (1,8%)	
<i>Non connu</i>	24 (10,9%)	37 (16,3%)	
Statut hormonal			0,33
<i>Aucun</i>	32 (14,5%)	39 (17,2%)	
<i>Contraception orale (CO)</i>	76 (34,5%)	63 (27,8%)	
<i>DIU</i>	39 (17,7%)	58 (25,6%)	
<i>Grossesse</i>	6 (2,7%)	8 (3,5%)	
<i>Ménopause</i>	55 (25%)	51 (22,5%)	
<i>Implant contraceptif</i>	7 (3,2%)	4 (1,8%)	
<i>Post-partum</i>	5 (2,3%)	4 (1,8%)	
<i>Les données concernant l'âge moyen et l'IMC moyen sont exprimées sous la forme moyenne ± écart-type. Les autres paramètres sont exprimés sous la forme n (%). S signifie que la probabilité a été calculée à l'aide du test de Student, dans les autres cas, utilisation du test exact de Fisher.</i>			

3.2.1 Description des groupes « décubitus latéral » et « position classique » selon les différentes caractéristiques étudiées

3.2.1.1 Age

➤ Groupe DL

Les patientes avaient entre 20 et 79 ans, avec un âge moyen de 41 ans (+/- 13 ans). La majorité des patientes avait entre 30 et 49 ans (130 patientes soit 57,3%), 37 patientes avaient entre 50 et 65 ans (16,3%), 33 patientes avaient entre 25 et 29 ans (14,5%), 17 patientes avaient plus de 65 ans (7,5%), 10 patientes avaient moins de 25 ans (4,4%). (Tableau 2)

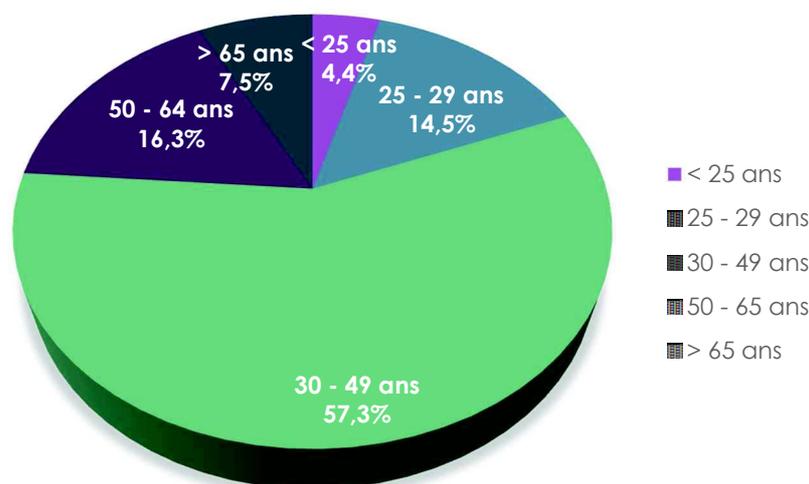


Figure 15 : Répartition des FCU en DL selon l'âge

➤ Groupe PC

Les patientes avaient entre 22 et 69 ans, avec un âge moyen de 42 ans (+/- 12 ans). La majorité des patientes avait entre 30 et 49 ans (117 patientes soit 53,2%), 67 patientes avaient entre 50 et 65 ans (30,5%), 28 patientes avaient entre 25 et 29 ans (12,7%), 6 patientes avaient moins de 25 ans (2,7%) et 2 patientes avaient plus de 65 ans (0,9%). (Tableau 2)

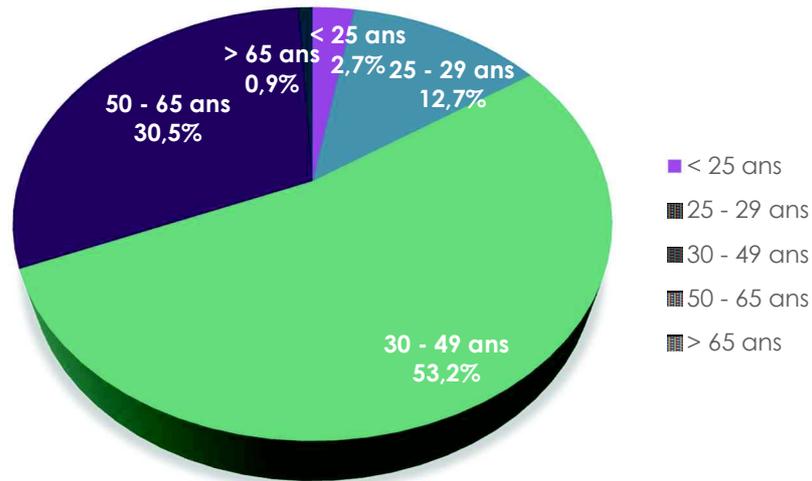


Figure 16 : Répartition des FCU en PC selon l'âge

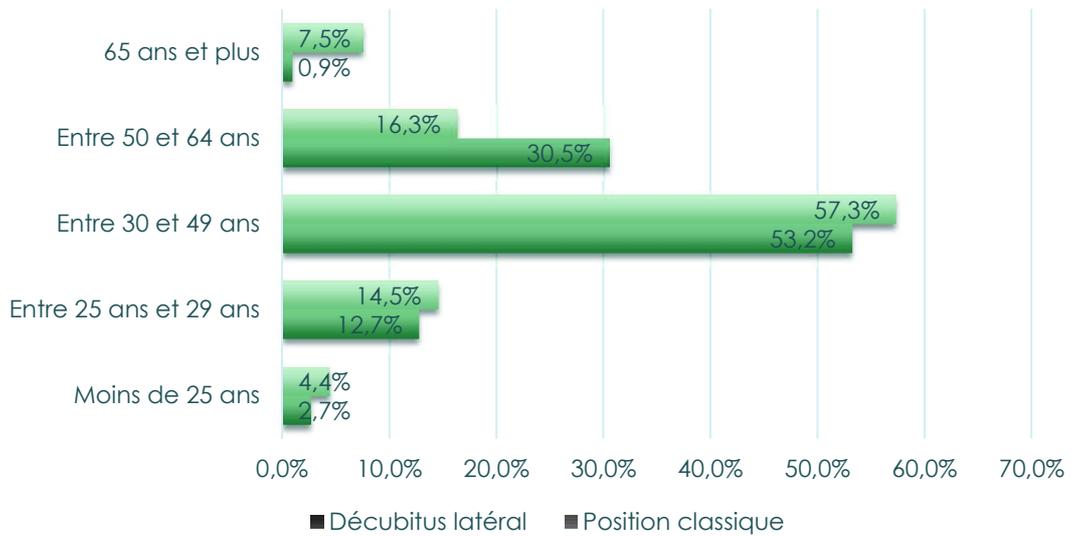


Figure 17 : Comparatif de l'âge des patientes entre les deux groupes

3.2.1.2 Indice de masse corporelle

➤ Groupe DL

L'indice de Masse Corporelle (IMC) de ces patientes allait de 17,6 à 43,7 avec un IMC moyen de 26. La majorité des patientes avait un IMC normal compris entre 18,5 et 24,9 (93 patientes soit 41%), 2 patientes étaient en situation de maigreur avec un IMC < 18,5 (0,9%), 59 patientes étaient en surpoids avec un IMC > 25 (26%), 32 patientes étaient en situation d'obésité grade I ou II avec un IMC entre 30 et 39,9 (14,1%), 4 patientes étaient en situation d'obésité morbide avec un IMC ≥ 40 (1,8%). Enfin, pour 37 patientes, l'IMC n'était pas connu (16,3%). (Tableau 2)

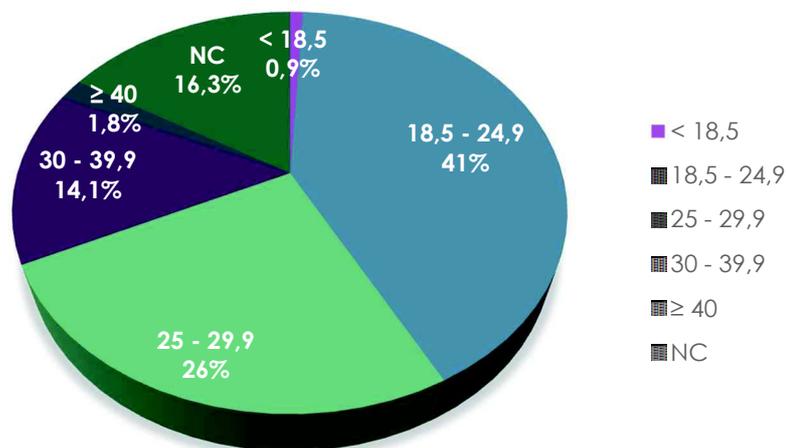


Figure 18 : Répartition des FCU en DL selon l'IMC

➤ Groupe PC

L'IMC de ces patientes allait de 17,9 à 45,3 avec un IMC moyen de 26. La majorité des patientes avait un IMC normal compris entre 18,5 et 24,9 (85 patientes soit 38,6%), 64 patientes étaient en surpoids avec un IMC > 25 (29,1%), 38 patientes étaient en situation d'obésité grade I ou II avec IMC entre 30 et 39,9 (17,3%), 6 patientes étaient en situation d'obésité morbide avec un IMC ≥ 40 (2,7%), 3 patientes étaient en situation de maigreur avec un IMC < 18,5 (1,4%). Enfin, pour 24 patientes, l'IMC n'était pas connu (10,9%). (Tableau 2)

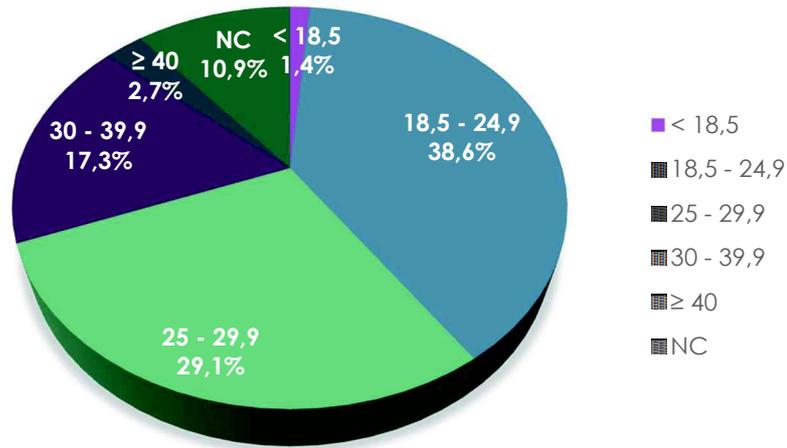


Figure 19 : Répartition des FCU en PC selon l'IMC

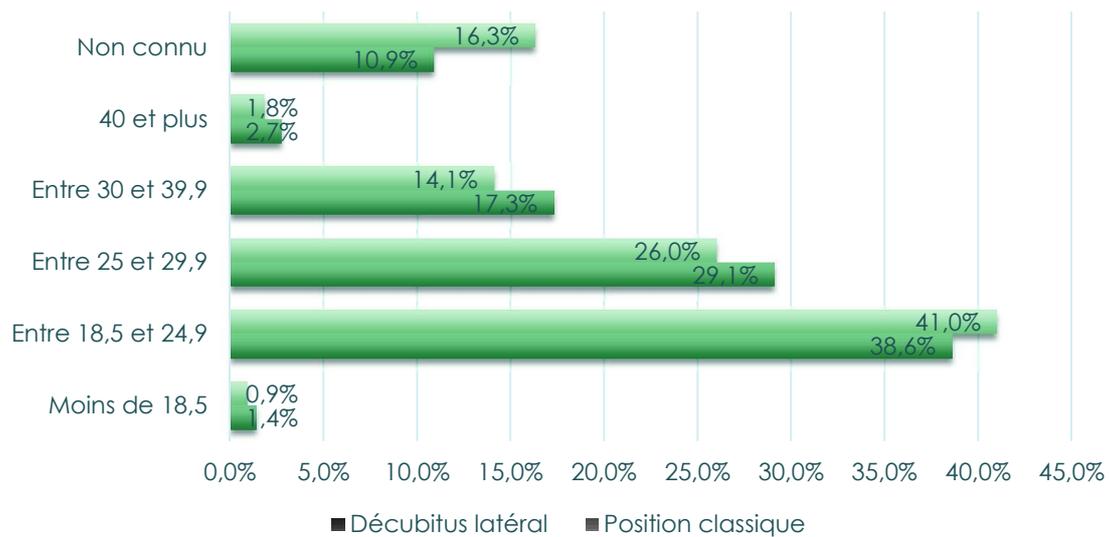


Figure 20 : Comparatif de l'IMC des patientes entre les deux groupes

3.2.1.3 Statut hormonal

➤ Groupe DL

Concernant le statut hormonal des patientes, 63 patientes avaient une contraception orale (27,8%), 58 patientes avaient un DIU (25,6%), 51 patientes étaient ménopausées (22,5%), 8 patientes étaient enceintes (3,5%), 4 patientes avaient un implant contraceptif (1,8%), 4 patientes étaient en post-partum (1,8%). Pour 39 patientes, aucune des conditions précédentes n'était présente (17,2%). (Tableau 2)

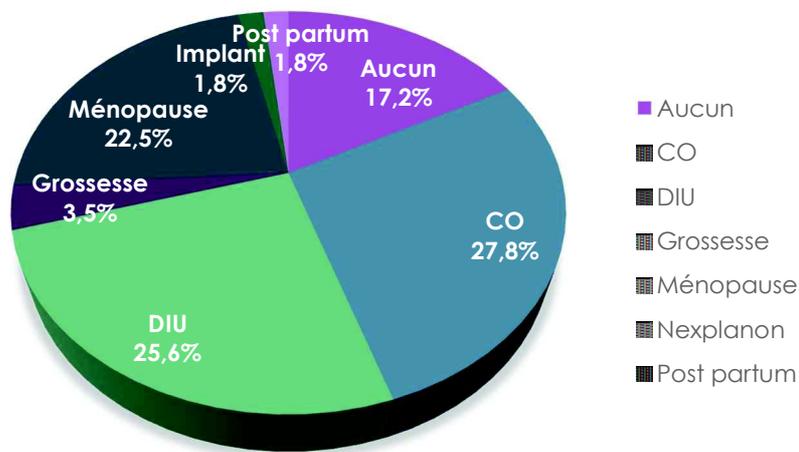


Figure 21 : Répartition des FCU en DL selon le statut hormonal

➤ Groupe PC

Concernant le statut hormonal des patientes, 76 patientes avaient une contraception orale (34,5%), 55 patientes étaient ménopausées (25%), 39 patientes avaient un DIU (17,7%), 7 patientes avaient un implant contraceptif (3,2%), 6 patientes étaient enceintes (2,7%) et enfin 5 patientes étaient en post-partum (2,3%). Pour 32 patientes, aucune des conditions précédentes n'était présente (14,5%). (Tableau 2)

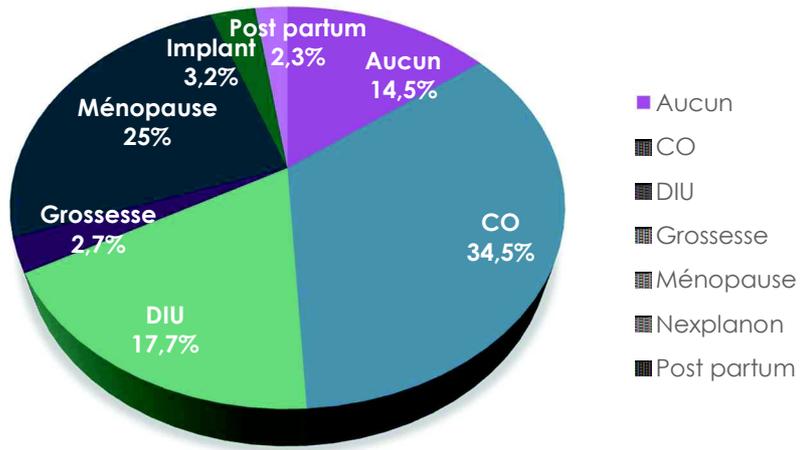


Figure 22 : Répartition des FCU en PC selon le statut hormonal

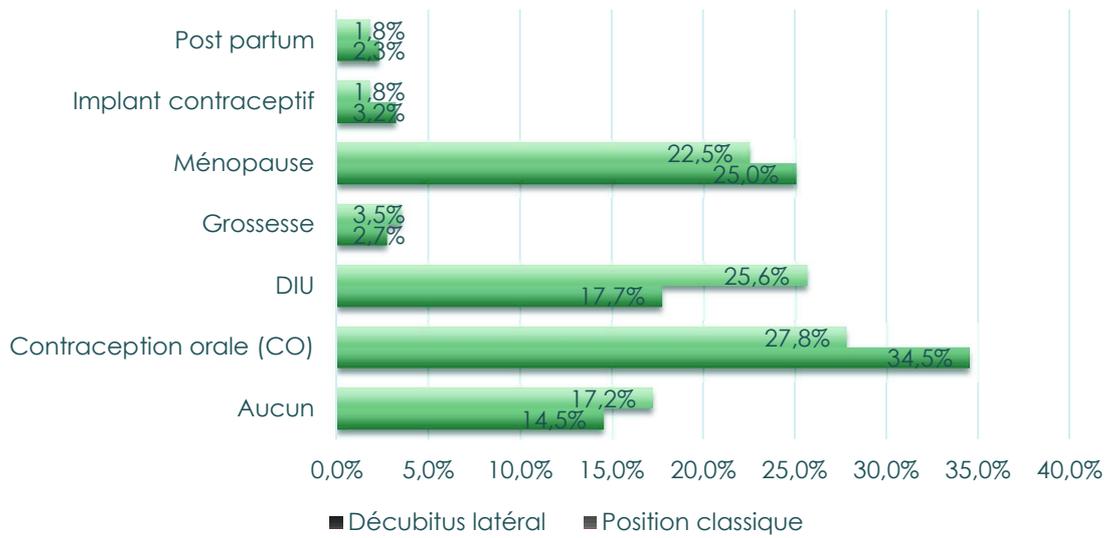


Figure 23 : Comparatif du statut hormonal entre les deux groupes

3.2.2 Qualité des FCU

	Groupe « PC » (n = 220)	Groupe « DL » (n = 227)	p value
Qualité du FCU			0,52
<i>Satisfaisant</i>	178 (80,9%)	179 (78,9%)	
<i>Satisfaisant mais limité</i>	42 (19,1%)	46 (20,3%)	
<i>Non satisfaisant</i>	0 (0%)	2 (0,9%)	

	IC95%
Position classique	
<i>Satisfaisant</i>	80,9 [75,1 ; 85,9]
<i>Satisfaisant mais limité</i>	19,1 [14,1 ; 24,9]
<i>Non satisfaisant</i>	0,0 [0,0 ; 1,7]
Décubitus Latéral	
<i>Satisfaisant</i>	78,9 [73,0 ; 84,0]
<i>Satisfaisant mais limité</i>	20,3 [15,2 ; 26,1]
<i>Non satisfaisant</i>	0,9 [0,1 ; 3,1]

	IC95%
Position classique	
<i>Non satisfaisant</i>	0,0 [0,0 ; 1,7]
<i>Satisfaisant</i>	100,0 [98,3 ; 100,0]
Décubitus Latéral	IC95%
<i>Non satisfaisant</i>	0,9 [0,1 ; 3,1]
<i>Satisfaisant</i>	99,1 [96,9 ; 99,9]

➤ Groupe DL

La majorité des FCU ont été évalué comme « satisfaisant » (179 FCU soit 78,9%), 46 FCU ont été évalué comme « satisfaisant mais limité » (20,3%) et enfin seuls 2 FCU ont été évalué comme « non satisfaisant » car inflammatoires (0,9%). (Tableau 3)

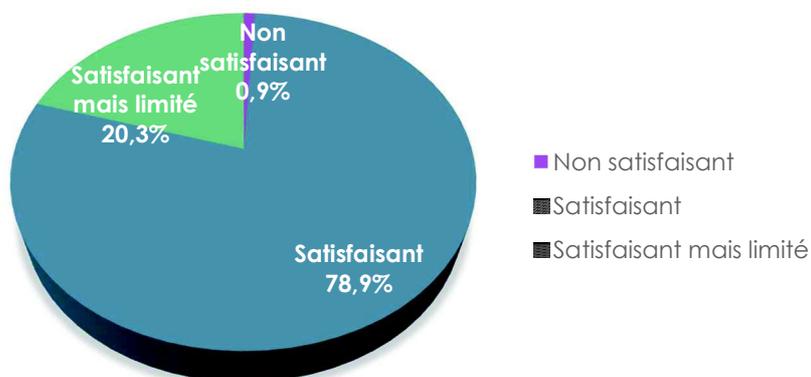


Figure 24 : Répartition des FCU en DL selon la qualité du FCU

➤ Groupe PC

La majorité des FCU ont été évalué comme « satisfaisant » (178 FCU soit 80,9%), 42 FCU ont été évalué comme « satisfaisant mais limité » (19,1 %) et enfin aucun FCU n'a été évalué comme « non satisfaisant » (0%). (Tableau 3)

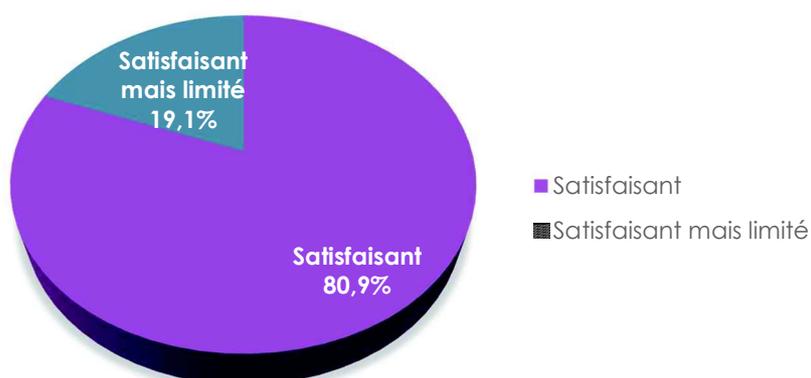


Figure 25 : Répartition des FCU en PC selon la qualité du FCU

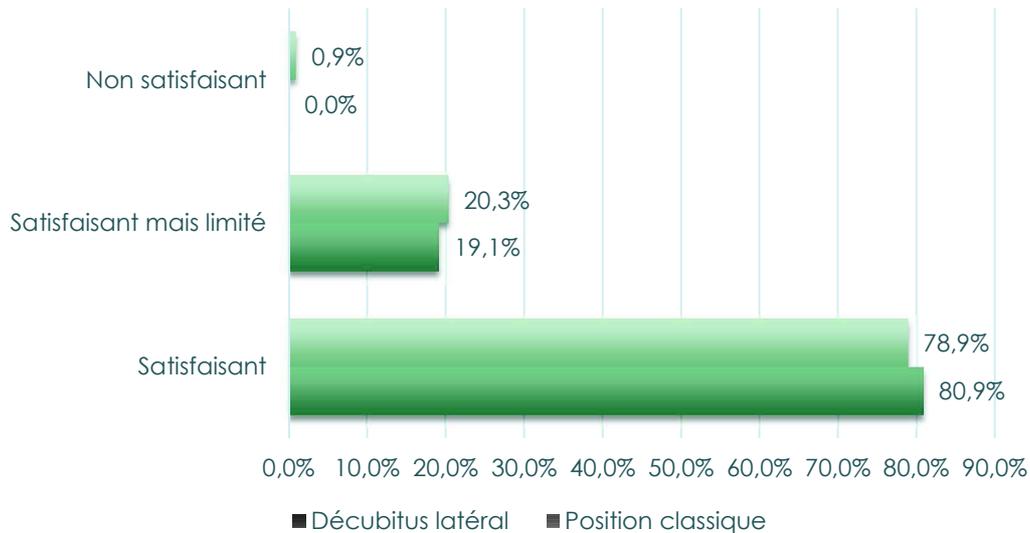


Figure 26 : Comparatif de la qualité des FCU entre les deux groupes

➤ Intervalles de confiance

• Dans le groupe DL

Le pourcentage de FCU satisfaisants est de 78,9% avec un intervalle de confiance de [73% ; 84%]. Le pourcentage de FCU satisfaisants mais sans cellules endocervicales est de 20,3% avec un intervalle de confiance de [15,2% ; 26,1%]. Le pourcentage de FCU non satisfaisants est de 0,9% avec un intervalle de confiance de [0,1% ; 3,1%]. (Tableau 4)

En analyse binaire, le pourcentage de FCU satisfaisants est de 99,1% avec un intervalle de confiance de [96,9% ; 99,9%]. Le pourcentage de FCU non satisfaisants est de 0,9% avec un intervalle de confiance de [0,1 ; 3,1%]. (Tableau 5)

• Dans le groupe PC

Le pourcentage de FCU satisfaisants est de 80,9% avec un intervalle de confiance de [75,1% ; 85,9%]. Le pourcentage de FCU satisfaisants mais sans cellules endocervicales est de 19,1% avec intervalle de confiance de [14,1% ; 24,9%]. Le pourcentage de FCU non satisfaisants est de à 0% avec un intervalle de confiance de [0% ; 1,7%]. (Tableau 4)

En analyse binaire, le pourcentage de FCU satisfaisants est de 100% avec un intervalle de confiance de [98,3% ; 100%]. Le pourcentage de FCU non satisfaisants est de à 0% avec un intervalle de confiance de [0% ; 1,7%]. (Tableau 5)

- Comparaison des intervalles de confiance

La différence de proportion de FCU non satisfaisant entre le groupe PC et le groupe DL est de 0,9.

L'intervalle de confiance de la différence de proportion entre le groupe DD et le groupe DL est [0,0 ; 2,12].

4 DISCUSSION

4.1 DISCUSSION DES RESULTATS

L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral et de la comparer aux FCU réalisés en décubitus dorsal. Pour cela, nous avons constitué deux groupes, le groupe « position classique » et le groupe « décubitus latéral », pour lesquels nous avons évalué de façon comparative les caractéristiques des patientes ainsi que la qualité des FCU.

Notre étude, malgré sa méthodologie rétrospective, permet d'apporter quelques éléments de réponses quant à la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral.

Pour approfondir la discussion de cette thèse, dans un premier temps nous nous intéresserons aux caractéristiques des populations ; dans un deuxième temps, nous discuterons de la qualité des FCU ; dans un troisième temps, nous présenterons les résultats de l'analyse comparative entre les deux groupes ; enfin nous comparerons nos résultats obtenus aux données de la littérature.

4.1.1 Caractéristiques des patientes dans les populations

Concernant l'**âge** des patientes, l'âge moyen des deux groupes est quasiment identique, 42 ans (+/- 12 ans) dans le groupe PC et 41 ans (+/- 13 ans) dans le groupe DL ($p=0,18$). Dans les deux groupes, la tranche d'âge « 30-49 ans » est la plus représentée (53,2% dans le groupe PC et 57,3% dans le groupe DL). Nous observons des différences dans la répartition par tranche d'âge entre les deux groupes. Les patientes de moins de 50 ans sont plus nombreuses dans le groupe DL (taux combinés 76,2% *versus* 68,6%). Les patientes entre 50 et 64 ans sont quasiment deux fois plus nombreuses dans le groupe PC (30,5% *versus* 16,3%). Enfin, les patientes de plus de 65 ans sont nettement plus nombreuses dans le groupe DL (7,5% *versus* 0,9%). Ces différences sont significatives ($p<0,001$).

L'étude statistique ne fait pas apparaître de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'indice de masse corporelle et le statut hormonal.

Concernant l'**indice de masse corporelle**, l'IMC moyen est identique dans les deux groupes (IMC = 26). Dans les deux groupes, la majorité des patientes ont un IMC normal. On note cependant des différences en ce qui concerne la répartition par tranche de valeurs. On retrouve plus de patientes ayant un IMC normal dans le groupe DL (41% *versus* 38,6%) et d'avantage de patientes en situation de surpoids et d'obésité dans le groupe PC (taux combiné 54,8% *versus* 50%). Ces différences ne sont pas significatives ($p=0,82$).

De même, concernant le **statut hormonal**, les patientes prennent majoritairement une contraception orale dans les deux groupes. On note cependant des différences en ce qui concerne la répartition par type de contraception. On constate que la contraception orale et l'implant contraceptif sont plus fréquents dans le groupe PC (34,5% *versus* 27,8% pour la contraception orale et 3,2% *versus* 1,8% pour l'implant contraceptif). Le DIU est plus fréquent dans le groupe DL (25,6% *versus* 17,7%) sans qu'il n'y ait pour autant de différence significative ($p=0,33$). On retrouve des taux quasiment similaires dans les deux groupes quant aux patientes enceintes (2,7% dans le groupe PC *versus* 3,5% dans le groupe DL), en post-partum (2,3% dans le groupe PC *versus* 1,8% dans le groupe DL) ou ménopausées (25% dans le groupe PC *versus* 22,5% dans le groupe DL). Enfin pour les patientes pour lesquelles le statut hormonal n'était pas connu ou non renseigné, le taux est sensiblement plus élevé dans le groupe DL (17,2% *versus* 14,5%).

En résumé, le profil de la patiente ayant eu un FCU en décubitus latéral dans cette étude semble être :

- **Femme entre 30 et 49 ans, (environ 41 ans)**
- **Etant légèrement en surpoids avec un IMC à 26**
- **Et ayant une contraception orale**

4.1.2 Qualité des frottis

Dans les deux groupes, les FCU considérés comme « **satisfaisants** » sont largement majoritaires. Nous avons obtenu des taux quasiment similaires, avec 80,9% pour le groupe PC *versus* 78,9% pour le groupe DL. Concernant les FCU considérés comme « **non satisfaisants** », nous avons obtenus seulement 2 FCU au sein du groupe DL, aucun dans le groupe PC. Les deux FCU non satisfaisants ont été retrouvés chez le même praticien dans le groupe DL. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en termes de qualité des frottis entre les deux groupes. ($p=0,52$)

Lors de l'analyse binaire des intervalles de confiance, dans le groupe DL, on observe que le pourcentage de FCU non satisfaisants est de 0,9% avec un intervalle de confiance de [0,1% ; 3,1%]. Hors, dans les recommandations nationales, le pourcentage de FCU non satisfaisants doit être inférieur à 2% pour pouvoir considérer que les FCU sont de bonne qualité. Dans notre étude, nous ne pouvons pas dire que la qualité des FCU réalisés en DL soit bonne, puisque la borne haute de cet intervalle de confiance est à 3,1%.

En revanche, dans le groupe PC, le pourcentage de FCU non satisfaisants est de 0% avec un intervalle de confiance de [0% ; 1,7%]. Donc selon les recommandations nationales, nous pouvons dire que la qualité des FCU réalisés en PC est bonne.

Enfin, le calcul de la différence de proportion de FCU non satisfaisants entre le groupe PC et le groupe DL est de 0,9. Après calcul de l'intervalle de confiance de cette différence de proportion, nous observons que la qualité du FCU varie très peu en fonction de la position d'examen gynécologique, puisque la borne haute de cet intervalle de confiance est à 2,12%. Cela signifie qu'il y a au maximum 2,12% de FCU non satisfaisants en plus dans le groupe décubitus latéral que dans le groupe décubitus dorsal selon les résultats de notre étude.

4.1.3 Présence de cellules endocervicales

Concernant les FCU considérés comme « **satisfaisants mais limités** », les taux sont quasiment identiques (19,1% dans le groupe PC avec un intervalle de

[14,1% ; 24,9%] et 20,3% dans le groupe DL avec un intervalle de confiance de [15,2% ; 26,1%]. La différence entre les deux groupes n'est pas significative ($p=0,52$). La position d'examen ne semble pas influencer sur la présence de cellules endocervicales.

4.1.4 Résultats de l'étude et revue de la littérature

Plusieurs résultats de notre étude sont en accord avec les données de la littérature.

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, la couverture du dépistage du CCU diminue de manière importante avec l'âge à partir de 50 ans pour tomber à 44,2% chez les femmes de 60-65 ans (1). Dans notre étude, les femmes de plus de 50 ans représentent 27,7% de notre échantillon. Ces résultats sont en cohérence avec le taux national mais on constate que les femmes de plus de 50 ans sont beaucoup moins nombreuses dans notre échantillon que dans la population générale.

Notre étude confirme également que les femmes se faisant dépister sont des femmes jeunes, l'âge moyen de la population de notre étude est de 42 ans. Dans son argumentaire de 2010 sur l'état des lieux et recommandations pour le dépistage du CCU en France (2), l'HAS a évalué le taux de couverture du dépistage par tranche d'âge en France pour la période 2006-2008. Partant de 45,7 % avant 25 ans, le taux de couverture atteint un plateau autour de 60 % entre 25 et 49 ans, pour ensuite chuter très rapidement jusqu'à 35 % chez les femmes âgées de 65 à 69 ans. Dans notre étude, la répartition des patientes par tranches d'âge suit la même évolution.

Par ailleurs, dans notre étude, 3,6% des patientes ont moins de 25 ans malgré les recommandations fixant le dépistage du CCU à partir de 25 ans. Selon l'HAS, le taux de couverture du dépistage avant 25 ans était de 47,5% entre 2006 et 2008 (2). En 2013, selon une étude nationale parue dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 16,2% des 20-24 ans avaient eu un FCU dans l'année et 35,5% dans les trois ans (22)

Concernant l'indice de masse corporelle, l'étude ESTEBAN (23) qui évaluait la corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015, nous indiquait que l'IMC moyen des femmes de 18 à 74 ans était de 25,7 et que 44,2% des femmes étaient en surpoids ou obèses. Dans notre population, l'IMC moyen est de 26

et 52,6% des femmes sont en surpoids ou obèses. On observe donc que dans notre population, la proportion de femmes en surpoids ou obèses est plus importante que dans la population générale.

Concernant la contraception, l'enquête Baromètre Santé a interrogé les femmes de 15 à 49 ans sur leur contraception en 2016, quatre ans après la « crise de la pilule » (24). De cette étude ressort que la contraception orale reste la méthode de contraception la plus utilisée (36,5%), suivi par le DIU (25,6%) et l'implant (4,3%). L'utilisation de la contraception orale est maximale parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %), son utilisation diminue par la suite pour concerner moins de la moitié (47,8 %) des 25-29 ans et plus qu'un tiers (35,4 %) des 30-34 ans. Concernant le DIU, il est utilisé par les femmes à partir de 20-24 ans (4,7 %) et remplace peu à peu la pilule. Son utilisation augmente ensuite avec l'âge pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule (31,6 %) chez les femmes de 30-34 ans. Il devient le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans (34,6 % chez les 34-39 ans). Enfin, concernant l'implant, 4,3 % des femmes déclarent l'utiliser. Ce pourcentage est plus important chez les 20-24 ans (9,6 %).

Dans notre étude, nous retrouvons des résultats similaires. La contraception orale est la méthode de contraception la plus utilisée dans notre population (31,1%), suivi par le DIU (21,7%) et l'implant (2,5%). Contrairement à l'enquête Baromètre santé, notre étude prend en compte des femmes âgées de 20 à 79 ans et donc des femmes ménopausées, des femmes enceintes et en post-partum.

On observe donc que notre population est assez représentative de la population générale en termes d'âge, d'indice de masse corporelle et de méthode de contraception.

Concernant la qualité des FCU, nous pouvons dire que la qualité des FCU réalisés en PC est bonne, les résultats obtenus étant en accord avec les recommandations nationales. Cependant, nous ne pouvons pas dire que la qualité des FCU réalisés en DL soit bonne, puisque la borne haute de l'intervalle de confiance est à 3,1%.

4.2 DISCUSSION DE LA METHODE

4.2.1 Un sujet inédit

Lors de notre recherche bibliographique, aucune étude évaluant la qualité des frottis réalisés en décubitus latéral n'avait été réalisée.

Une étude prospective américaine publiée en 2006 (25), menée chez près de 200 femmes a évalué l'inconfort d'un examen gynécologique selon qu'il ait été réalisé avec ou sans étriers et la qualité des frottis réalisés en fonction de la position d'examen. Les résultats de cet essai montrent que quelle que soit la position utilisée lors du frottis, la qualité des prélèvements s'est révélée similaire. Dans cette étude, 197 patientes étaient incluses, seuls deux frottis sont revenus non satisfaisants pour interprétation dans le groupe « sans étriers » ($p=0,16$), 16 frottis ne contenaient pas de cellules endocervicales dans le groupe « sans étriers » et 15 dans le groupe « avec étriers ». De plus, l'inconfort et la sensation de vulnérabilité ont été significativement moindres chez les femmes examinées sans utilisation d'étriers. Cette étude est la seule étude que nous avons trouvée qui compare la qualité des FCU réalisés en position classique et dans une autre position d'examen gynécologique. Notre étude rétrospective apporte des résultats allant dans le même sens concernant la qualité des frottis. Sur 447 patientes incluses, 2 FCU sont revenus non satisfaisants dans le groupe DL, 46 FCU ne retrouvaient pas de cellules endocervicales dans le groupe DL *versus* 42 FCU dans le groupe DD ($p=0,52$).

Comme évoqué dans l'introduction, plusieurs thèses de médecine générale (3) (4) (5) (6) et mémoires de sage-femme (7) ont été réalisés depuis 2015 sur le ressenti des patientes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral, témoignant de l'intérêt pour cette position d'examen. Les résultats sont positifs avec une amélioration du ressenti des patientes en termes de douleur, d'anxiété, de pudeur et de confort et 80 à 92% des patientes souhaitent être à nouveau examinées dans cette position lors d'un futur examen gynécologique selon les études.

Des travaux ont également été réalisés sur l'accouchement en décubitus latéral montrant une diminution des lésions périnéales. (16) (17) (18) (19)

4.2.2 Type d'étude

Initialement, nous souhaitions réaliser une étude prospective qui aurait eu un meilleur niveau de preuve. Nous avons réalisé les démarches auprès de la Direction de Recherche Clinique du CHU de Rouen, notre étude ayant été classée en tant que Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH) de catégorie 3. Les délais d'obtention des différentes autorisations nécessaires retardaient de plusieurs mois le lancement de l'étude, or nous ne disposions pas d'assez de temps. De plus, le nombre de sujets nécessaires pour ce type d'étude était trop important. Le choix d'une étude rétrospective s'est donc imposé. La réalisation d'une étude rétrospective a présenté des avantages : le moindre coût, la rapidité de la réalisation et le recrutement d'un nombre important de patientes constituant notre population.

Nous avons fait le choix de réaliser une étude comparative. Nous aurions pu réaliser une étude évaluant uniquement la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral mais il nous a paru plus intéressant de pouvoir comparer la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral à celle des FCU réalisés en position classique, position de référence. Nous souhaitions initialement réaliser une étude de non infériorité, qui aurait également eu une meilleure valeur statistique mais le nombre de patientes nécessaires était trop important (environ 1200 patientes par groupes) et nous ne disposions pas d'assez de moyens ni de temps pour réaliser ce type d'étude.

Enfin, nous avons réalisé une étude multicentrique car l'examen gynécologique en décubitus latéral est une pratique encore peu connue et peu développée en France. Afin d'obtenir un nombre suffisant de cas, nous avons recruté plusieurs médecins dans le groupe décubitus latéral. Pour que les groupes puissent rester comparables, nous avons également recrutés plusieurs médecins dans le groupe position classique. Le caractère multicentrique de notre étude nous a permis de diversifier notre échantillonnage. De plus, le fait de recruter plusieurs praticiens nous permettait d'évaluer la qualité des FCU et non la pratique d'un seul praticien. Cependant, le nombre de praticiens pour ce type d'étude reste faible.

4.2.3 Population

Une des forces de l'étude est la qualité de l'échantillonnage. La sélection des patientes dans notre étude s'est faite de manière aléatoire, ce qui nous a permis d'obtenir un échantillonnage assez représentatif de la population générale en termes d'âge, d'indice de masse corporelle et de méthode de contraception.

Une étude prospective aurait permis d'évaluer d'autres variables pertinentes, telles que l'origine géographique, le niveau socio-économique, la parité des patientes. Ces données étaient incomplètes, non à jour ou absentes dans le dossier médical des patientes lors de la réalisation de notre étude.

4.2.4 Les biais

Un de biais de cette étude est le biais d'information. L'absence de standardisation des données au sein des dossiers médicaux et la diversité des logiciels médicaux ont rendu le recueil complexe. L'exhaustivité des informations renseignées dans les dossiers médicaux était variable d'un praticien à l'autre. Certaines données nécessaires à l'étude étaient manquantes dans le dossier médical des patientes, comme la taille, ne nous permettant pas de calculer l'IMC de la patiente. Pour éviter d'exclure les patientes dont l'IMC n'était pas connu (dont le nombre n'était pas négligeable compte tenu de la taille de notre échantillon), nous avons choisi de créer une classe « IMC non connu » dans chaque groupe.

Une piste pour améliorer le recueil de ses informations pour une éventuelle étude prospective ultérieure serait la mise en place et l'utilisation d'un formulaire type pour la consultation de réalisation du FCU, à intégrer aux logiciels médicaux.

Le faible nombre de praticiens recrutés dans cette étude peut également être à l'origine d'un biais. Bien que l'étude soit multicentrique, le nombre de praticiens recrutés est faible dans les deux groupes. Le risque d'évaluer leur pratique plutôt que la qualité du prélèvement en lui-même est présent. On observe dans cette étude que les deux frottis non satisfaisants dans le groupe DL ont été retrouvés chez le même praticien, dans les deux cas les frottis étaient inflammatoires. On observe également que les médecins du groupe DL ont réalisé plus de FCU que ceux du groupe PC (227

FCU dans le groupe DL réalisés par 2 praticiens *versus* 220 FCU dans le groupe PC réalisés par 3 praticiens). On note également que les patientes du groupe PC diffèrent de celles du groupe DL. En effet, dans le groupe DL, les âges extrêmes sont plus représentés que dans le groupe PC ($p < 0,001$ donc ces différences sont significatives). De plus, la contraception par DIU est 1,5 fois plus fréquente dans le groupe DL. On peut alors penser que la pratique des médecins généralistes du groupe DL diffère de celles des médecins généralistes du groupe PC. L'existence de ce biais viendrait nuancer les résultats de notre étude.

4.3 PERSPECTIVES

Dans le cadre de l'évolution du dépistage du CCU avec la mise en place du PNDO, l'examen cytologique par FCU aura une place moins importante dans la stratégie de dépistage. L'examen cytologique par FCU reste indiqué en première intention pour les femmes de 25 à 30 ans, avec la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, puis trois ans après si le résultat des deux premiers est normal. Pour les patientes de 30 à 65 ans, le test HPV est recommandé en première intention et un examen cytologique de triage est réalisé en deuxième intention sur le même prélèvement en cas de test HPV positif. Donc la qualité du FCU reste primordiale quel que soit l'âge de la patiente.

Il s'agit de la première étude traitant de ce sujet. Cette étude préliminaire permet d'établir des premiers résultats sur la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral. Les résultats obtenus ne mettent pas en évidence de différence significative quant à la qualité des FCU entre les deux groupes. Mais ces résultats montrent-ils une absence de différence réelle ? Ou est-ce à cause d'un manque de puissance de l'étude ? Il serait intéressant de confronter nos résultats à une étude de plus grande ampleur et prospective qui aurait une meilleure valeur statistique. Une étude comparative de non infériorité permettrait de statuer sur l'absence de perte de qualité des FCU réalisés en décubitus latéral par rapport aux FCU réalisés en position classique.

Il serait également intéressant d'évaluer scientifiquement d'autres actes techniques réalisés en décubitus latérale tels que la pose de DIU en s'assurant de la bonne position de celui après la pose.

5 CONCLUSION

Sachant qu'environ 5 à 6 millions de frottis sont réalisés chaque année en France et que le taux du dépistage du CCU reste pour le moment largement insuffisant, toute action visant à améliorer le vécu des patientes lors de l'examen gynécologique devrait être considérée, à condition qu'il n'y ait pas de perte de qualité des soins. Des études ont montré une amélioration du ressenti des patientes en termes de douleur, d'anxiété, de pudeur et de confort lors de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Dans notre étude, l'analyse statistique ne met pas en évidence de différence significative en termes de qualité entre les FCU réalisés en décubitus latéral et les FCU réalisés en position classique. De plus, la différence de proportion de FCU non satisfaisants entre les deux groupes est faible, la qualité semble donc très peu varier en fonction de la position d'examen utilisée.

Néanmoins, l'analyse des intervalles de confiance montre la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral n'est pas satisfaisante selon les recommandations nationales, mais au regard du faible écart entre le résultat obtenu et les recommandations (différence de 1%), la qualité des FCU en décubitus latéral semble être tout de même acceptable.

La position d'examen n'influence pas la présence de cellules endocervicales sur les FCU.

Les résultats de notre étude rétrospective permet d'établir un profil des femmes ayant recours à un examen gynécologique en décubitus latéral dans le cadre du dépistage du CCU sont le plus souvent des femmes jeunes, étant légèrement en surpoids et ayant comme méthode de contraception une contraception orale.

Les résultats de cette étude préliminaire nécessiteraient d'être approfondis par la réalisation d'autres études de plus grande ampleur et prospectives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hamers F, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidémiologique Hebd. 2019;(22-23):417-23.
2. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire [Internet]. HAS; 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
3. Botalla-Piretta A-S. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Rouen; 2015.
4. Brun-Cottan. L'examen gynécologique en décubitus latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude quantitative réalisée à travers l'établissement d'un protocole destiné aux professionnels de santé [Thèse d'exercice]. Rennes; 2019.
5. Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2015.
6. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Lyon 1; 2015.
7. Feauveau C. L'examen gynécologique en Décubitus latéral : vécu des patientes [Mémoire de sage-femme]. Limoges; 2016.
8. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé Publique France. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
9. Quelques chiffres - Cancer du col de l'utérus [Internet]. Institut National du Cancer. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
10. Elargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. Recommandation vaccinale. [Internet]. HAS; 2019 p. 177. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/recommandation_vaccinale_elargissement_de_la_vaccination_contre_les_papillomavirus_aux_garcons.pdf
11. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. Journal Officiel de la République Française; 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036877136&categorieLien=id>
12. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67. Synthèse et recommandations. HAS; 2019 p. 36.
13. Darmon D, Moubarak C, Toullalan O, Boulet P. Le frottis cervico-utérin. Revue Exercer. 2015;26(117):40-3.
14. Frottis du col utérin : avec ou sans lubrifiant ? Revue Prescrire. 2011;31(327):76.

15. Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cctp.pdf>
16. Doucin H. Évaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral [Mémoire de sage-femme]. Angers; 2011.
17. Francisco-Vivier D. Comparaison de l'accouchement en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la phase d'expulsion. [Mémoire de sage-femme]. Angers; 2016.
18. Lefranc E. Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales. [Mémoire de sage-femme]. Lorraine; 2005.
19. Moreau Y. Decubitus dorsal ou decubitus latéral: que préfère mon périnée? Étude rétrospective à propos de 204 nullipares au Centre Hospitalier du Belvédère [Mémoire de sage-femme]. [France]: Rouen; 2012.
20. Winckler M. Le Choeur des femmes. POL. 2009.
21. Borée. L'examen « à l'anglaise » - et autres mises au point gynécologiques [Internet]. Le blog de Borée. Disponible sur: <http://boree.eu/?tag=position-anglaise>
22. Géric M, Chaignot C, Weill A, Alla F, Heard I. Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associés chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 en France : une étude sur les bases de données médico-administratives françaises. Bull Epidémiologique Hebd. 2012;(2-3):32-8.
23. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France Métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude ESTEBAN et évolution de puis 2006. Bull Epidémiologique Hebd. 2017;13:234-41.
24. Baromètre Santé 2016, contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. [Internet]. Santé Publique France; 2016. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
25. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. BMJ. 22 juill 2006;333(7560):171.
26. Dépister les cancers du col de l'utérus. Revue Prescrire. mars 2010;30(317):10.
27. Beltzer N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bull Epidémiologique Hebd. 2017;2-3;26-31
28. InfoCancer - ARCAGY-GINECO - Cancer du col de l'utérus - Dépistage & prévention - Le frottis de dépistage [Internet]. InfoCancer. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/depistage-et-prevention/le-frottis-de-depistage.html/>
29. Gabriel O. Gynéco: S'allonger sur le côté, petite révolution en route? [Internet]. 20 minutes. 2016. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/1925467-20160918-france-decouvre-examen-gynecologique-cote>

30. Dr Aly Abbara. Frottis cervico-utérin (FCU) : définition, intérêts, rythme et conditions [Internet]. Disponible sur: http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/frottis_cervicovaginal.html
31. Hamers F, Barret A-S, Rousseau S. Prévention du cancer du col de l'utérus. Bull Epidémiologique Hebd. 2019;22-23:407-66.
32. Hamers F, Beltzer N. Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. Bull Epidémiologique Hebd. 2017;2-3;23-65. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html
33. Dépistage du cancer du col de l'utérus - Dépistage et détection précoce [Internet]. Institut National du Cancer. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
34. Examen gynécologique. CNGOF. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010-2011.
35. Sicard A. L'introduction en France des frottis cervico-vaginaux. Histoire des sciences médicales.1997.
36. Recommandations techniques pour des frottis de col satisfaisants. Rev Médecine Générale. 2002;(196):360-3.
37. Ricoup A. Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ? [Thèse d'exercice]. Brest; 2015.
38. Data Drees - Etudes et statistiques [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
39. Kotaska AJ, Maticic JP. Cervical cleaning improves Pap smear quality. CMAJ Can Med Assoc J. 30 sept 2003;169(7):666-9.
40. Rabiou KA, Nzeribe-Abangwu UO, Akinlusi FM, Alausa TG, Durojaiye IA. Comparison of Papanicolaou Smear Quality with the Anatomical Spatula and the Cytobrush–Spatula: A Single-Blind Clinical Trial. Niger Med J J Niger Med Assoc. 2019;60(3):126-32.

ANNEXES

ANNEXE 1 : COMPTE-RENDU CYTOLOGIQUE (SYSTEME DE BETHESDA 2014)

1. QUALITE DU PRELEVEMENT

Satisfaisant pour évaluation (décrire la présence ou l'absence d'éléments de la zone de transformation ou glandulaires endocervicaux et tout autre indicateur de qualité, tels que la présence de sang ou d'inflammation masquant partiellement les cellules, etc)

Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

2. INTERPRETATION / RESULTAT

Normal

Absence de lésion intra-épithéliale ou de signe de malignité

S'il y a lieu, préciser :

- **Présence de micro-organismes :**
 - Trichomonas vaginalis
 - Mycose
 - Herpès simplex
 - Actinomycose
- **Autres modifications non néoplasiques :**
 - Modifications réactionnelles
 - Inflammation
 - Irradiation
 - Présence de cellules glandulaires bénignes post hystérectomie
 - Atrophie

Autre

- Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus

Anomalies des cellules épithéliales

- **Cellules malpighiennes**
 - Atypie des cellules malpighiennes comprenant :
 - celles de signification indéterminée (ASC-US)
 - les atypies de cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)

- Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL) comprenant la koïlocytose (effet cytopathogène des HPV), la dysplasie légère (CIN 1)
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL) regroupant : la dysplasie modérée ou sévère (CIN 2 ou 3)
- Carcinome malpighien

➤ **Cellules glandulaires**

- Atypie des cellules glandulaires : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ; de signification indéterminée (AGC-US)
- Atypie des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie
- Adénocarcinome endocervical in situ (AIS)
- Adénocarcinome invasif (préciser le site d'origine probable : endocervical, endométrial, extra-utérin ou sans autre précision NOS)

3. PRECISIONS, NOTES ET RECOMMANDATIONS

- Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.
- Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

D'autres paramètres (but de l'examen, résultat d'une relecture, etc) peuvent être proposés et le codage de chaque paramètre est possible selon la codification ADICAP.

ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION DESTINEE AUX PRATICIENS

Bonjour,

Jeune médecin généraliste, je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice une étude sur les frottis cervico-utérins réalisés en position latérale et en position gynécologique standard.

Le plus souvent, un examen gynécologique se déroule en position gynécologique standard (ou décubitus dorsal) : la patiente est allongée sur le dos, les pieds dans les cale-pieds.

En position latérale (ou décubitus latéral ou « à l'anglaise »), la patiente est allongée sur le côté, la jambe du dessus repliée en avant.

C'est une pratique peu développée en France mais pour laquelle il y a un intérêt grandissant depuis quelques années, notamment en médecine libérale. Et jusqu'à présent, aucune étude n'a évalué la qualité des frottis réalisés en position latérale, ce qui nous a mené à réaliser ce travail.

L'objectif de cette étude est de comparer la qualité des frottis réalisés en position latérale et en position gynécologique standard.

Pour cela, je suis à la recherche de praticiens libéraux, médecins généralistes et sages-femmes, qui seront répartis en 2 groupes selon leur pratique : ceux réalisant des FCU réalisés en position latérale et ceux réalisant des FCU réalisés en position gynécologique standard.

Cette étude est rétrospective et le recueil de données portera sur les FCU réalisés entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019.

Les informations recueillies concernant les patientes dans le cadre de cette étude portent sur :

- des données cliniques au moment du FCU : âge, poids, taille, mode de contraception/ ménopause, éventuelle grossesse / post-partum
- des données biologiques : qualité du frottis défini par le caractère satisfaisant ou non pour son interprétation

Toutes les données recueillies sont anonymisées, strictement confidentielles et ne serviront que dans le but de cette étude.

Si vous acceptez de participer mon étude, serait-il possible qu'on se rencontre pour en discuter et que je vous remette la documentation ?

Merci d'avance

Tiana RALANTOARITSIMBA, médecin généraliste

ANNEXE 3 : FICHE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTES

Madame, Mademoiselle,

Jeune médecin généraliste, je réalise dans le cadre de ma thèse d'exercice une étude sur les frottis cervico-utérins réalisés en position latérale et en position gynécologique standard.

Le plus souvent, un examen gynécologique se déroule en position gynécologique standard (ou décubitus dorsal) : la patiente est allongée sur le dos, les pieds dans les cale-pieds.

En position latérale (ou décubitus latéral ou « à l'anglaise »), la patiente est allongée sur le côté, la jambe du dessus repliée en avant.

C'est une pratique peu développée en France mais pour laquelle il y a un intérêt grandissant depuis quelques années, notamment en médecine libérale. Et jusqu'à présent, aucune étude n'a évalué la qualité des frottis réalisés en position latérale, ce qui nous a mené à réaliser ce travail.

Si votre médecin généraliste ou sage-femme vous a réalisé un frottis au cours des 24 derniers mois, alors vous êtes susceptibles de participer à cette étude.

Vous n'avez rien à faire, votre inclusion dans l'étude se fait de manière rétrospective, à partir de données de votre dossier médical.

Les informations recueillies vous concernant directement dans le cadre de cette étude portent sur des données cliniques (âge, poids, taille, mode de contraception/ménopause/éventuelle grossesse) et biologiques (qualité du frottis) lors de la réalisation de votre dernier frottis.

Le recueil des données sera réalisé par votre médecin / sage-femme.

Toutes les données recueillies sont anonymisées, strictement confidentielles et ne serviront que dans le but de cette étude.

Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées, merci d'en informer votre médecin généraliste / sage-femme.

Tiana RALANTOARITSIMBA, médecin généraliste

ANNEXE 4 : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

Etude comparative des FCU réalisés en décubitus latéral et en position gynécologique standard

Renseignements cliniques de la patientes au moment du FCU							Résultats du FCU
Date du FCU	Age	Poids (en kg)	Taille (en m)	Statut hormonal			
				<input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause		<input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :
				<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :
				<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :
				<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :
				<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :
				<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :
				<input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant mais limité <input type="checkbox"/> Non satisfaisant. Motif :

Lexique et liste des abréviations :

FCU : Frottis cervico-utérin

CO : Contraception orale

DIU : Dispositif intra utérin

Post-partum : < 12 semaines

Aucun : aucun moyen de contraception ou aucune situation citée

Résultats du frottis :

Satisfaisant : Satisfaisant pour interprétation **avec présence** de cellules endocervicales

Satisfaisant mais limité : Satisfaisant pour interprétation **mais absence** de cellules endocervicales

Non satisfaisant : Le frottis n'est pas satisfaisant pour interprétation et expliquer pour quel motif

ANNEXE 5 : COTATION CCAM DES FROTTIS CERVICO-UTERINS (FCU)

Le Frottis Cervico-Vaginal

Association de la lettre clef correspondant à la consultation avec le codes CCAM correspondant au Frottis

En Consultation :

une ligne pour le **G** ou le **GS**

une ligne pour le code frottis : **JKHD001**

Tarif en métropole **G(S)** (25.00€) + **JKHD001** (12.46€)

Tarif DOM **G(S)** (29.30€) + **JKHD001** (12.46€)



Si le médecin traitant vous adresse explicitement et ponctuellement sa patiente pour réaliser un frottis, vous pouvez, si vous êtes spécialiste en médecine générale, utiliser la cotation **APC (48€)+ JHKD001 (12.46€)** au lieu du GS + JHKD001



ATTENTION : Pour les médecins de secteur 2, la cotation reste en C(S) (-2€) et le JKHD001 est minorée à 9,34€ au lieu de 12.46

Situations concernées :

Patiente de 25 à 65 ans, une fois par an pendant deux ans, puis une fois tous les 3 ans si les deux premiers sont normaux.

Source : Nomenclature MG France

RESUME

Introduction : Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) est insuffisant en France. La réticence des femmes à l'examen gynécologique a été identifiée comme un frein au suivi gynécologique et au dépistage. L'examen gynécologique en décubitus latéral est une alternative à la position gynécologique classique et permet la réalisation d'actes techniques tels que les frottis cervico-utérins (FCU).

L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral, et de comparer leur qualité à celle des FCU réalisés en position gynécologique classique.

Population et méthodes : Etude comparative, rétrospective et multicentrique. Etaient incluses toutes les femmes ayant eu un FCU réalisé par un des médecins recrutés pour l'étude entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} mai 2020. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patientes. Le critère principal de jugement était la qualité du FCU lors de l'analyse cytologique. Le critère secondaire de jugement était la présence de cellules endocervicales.

Résultats : Au total, 447 patientes ont été incluses, 227 dans le groupe décubitus latéral (DL) et 220 dans le groupe position classique (PC). L'âge moyen des patientes était de 42 ans (extrêmes : 20 - 79 ans). Le pourcentage de FCU non satisfaisants dans le groupe DL est de 0,9% avec un intervalle de confiance de [0,1% ; 3,1%] et de 0% dans le groupe PC avec un intervalle de confiance de [0% ; 1,7%]. L'analyse statistique ne met pas en évidence de différence significative quant à la qualité des FCU entre les deux groupes ($p=0,52$). Le pourcentage de FCU satisfaisants sans cellules endocervicales était quasiment similaire dans les deux groupes (19,1% dans le groupe PC et 20,3% dans le groupe DL).

Conclusion : La qualité des FCU réalisés en décubitus latéral dans notre étude n'est pas satisfaisante selon les recommandations nationales. La qualité des FCU semble très peu varier en fonction de la position d'examen gynécologique. La position d'examen ne modifie pas la présence de cellules endocervicales. Une étude de plus grande ampleur et prospective permettrait de confronter ces résultats.

Mots clés : Frottis cervico-utérin – Dépistage – Cancer du col de l'utérus – Examen gynécologique – Décubitus latéral – Qualité des FCU – Analyse cytologique