



HAL
open science

Surtraitons-nous les patientes depuis l'introduction du test HPV dans le dépistage du cancer du col utérin? Comparaison du taux de conisation blanche ou LSIL selon la modalité de dépistage: FCU ou test HPV. Une étude rétrospective observationnelle unicentrique

Louise Vignalou

► **To cite this version:**

Louise Vignalou. Surtraitons-nous les patientes depuis l'introduction du test HPV dans le dépistage du cancer du col utérin? Comparaison du taux de conisation blanche ou LSIL selon la modalité de dépistage: FCU ou test HPV. Une étude rétrospective observationnelle unicentrique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04331155

HAL Id: dumas-04331155

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04331155>

Submitted on 8 Dec 2023

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**SURTRAITONS-NOUS LES PATIENTES DEPUIS L'INTRODUCTION
DU TEST HPV DANS LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL
UTÉRIN ? COMPARAISON DU TAUX DE CONISATION BLANCHE
OU LSIL SELON LA MODALITÉ DE DÉPISTAGE : FCU OU TEST
HPV. UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE
UNICENTRIQUE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 18/10/2022

Par Mme Louise VIGNALOU

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Didier RIETHMULLER

Membres :

Mme le Dr Juliette BERNARD (directrice de thèse)

Mme le Dr Charlotte BAILLY

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

| CORPS | NOM Prénom | DISCIPLINE UNIVERSITAIRE |
|---------------|-------------------------------|---|
| PU-PH | ALBALADEJO Pierre | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PU-PH | ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | BAILLET Athan | Rhumatologie |
| PU-PH | BARONE-ROCHETTE Gilles | Cardiologie |
| PU-PH | BAYAT Sam | Physiologie |
| MCF Ass.MG | BENDAMENE Farouk | Médecine Générale |
| PU-PH | BENHAMOU Pierre-Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BERGER François | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BÉTRY Cécile | Nutrition |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie | Biologie cellulaire |
| PU-PH | BIOULAC-ROGIER Stéphanie | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| PU-PH | BLAISE Sophie | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| PR Ass. Méd. | BOILLOT Bernard | Urologie |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | BONAZ Bruno | Gastroentérologie ; hépatologie |
| PU-PH | BONNETERRE Vincent | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | BOREL Anne-Laure | Nutrition |
| PU-PH | BOSSON Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge | Biologie cellulaire |
| PR Ass.MG | BOUCHAUD Jacques | Médecine Générale |
| PU-PH | BOUGEROL Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | BOUILLET Laurence | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| MCU-PH | BOUSSAT Bastien | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | BOUZAT Pierre | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PU-PH émérite | BRAMBILLA Christian | Pneumologie |
| PU-PH émérite | BRAMBILLA Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | BRICAULT Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | BRICHON Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël | Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie |
| PU-PH émérite | CAHN Jean-Yves | Hématologie |
| PU-PH émérite | CARPENTIER Patrick | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| PR Ass.MG | CARRILLO Yannick | Médecine Générale |
| MCU-PH | CASPAR Yvan | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| PU-PH émérite | CESBRON Jean-Yves | Immunologie |
| PU-PH | CHABARDÈS Stephan | Neurochirurgie |
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANJON Philippe | Anatomie |
| MCF Ass.MG | CHAMBOREDON Benoît | Médecine Générale |

| CORPS | NOM Prénom | DISCIPLINE UNIVERSITAIRE |
|---------------|-------------------------|---|
| PU-PH | CHARLES Julie | Dermato-vénérologie |
| MCF Ass.MG | CHAUVET Marion | Médecine Générale |
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MCU-PH | CHEVALLIER Marie | Pédiatrie |
| PU-PH | CHUQUET Christophe | Ophthalmologie |
| PU-PH | CHIRICA Mircea | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | CLAVARINO Giovanna | Immunologie |
| MCU-PH | CLIN CHERPEC Rita | Nutrition |
| PU-PH | COHEN Olivier | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PU-PH | COURVOISIER Aurélien | Chirurgie infantile |
| PU-PH | COUTTON Charles | Génétique |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PU-PH | DEBATY Guillaume | Médecine d'Urgence |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| PU-PH | DECAENS Thomas | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PR Ass. Méd. | DEFAYE Pascal | Cardiologie |
| PU-PH | DEGANO Bruno | Pneumologie ; addictologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PU-PH émérite | DEMONGEOT Jacques | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| PU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| PU-PH | DUMESTRE PÉRARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | ÉPAULARD Olivier | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| MCU-PH | EVAIN Jean-Noël | Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH émérite | FAGRET Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FIARD Gaëlle | Urologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH émérite | FRANÇOIS Patrice | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PR Ass. Méd. | FREY Gil | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MCU-MG | GABOREAU Yoann | Médecine Générale |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | GAUDIN Philippe | Rhumatologie |
| MCU-PH | GAUTIER-VEYRET Elodie | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaëtan | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |

| CORPS | NOM Prénom | DISCIPLINE UNIVERSTAIR |
|---------------|-------------------------------|--|
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GIAI Joris | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | GIOT Jean-Philippe | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH émérite | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| PU-PH | HAINAUT Pierre | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| PU-PH émérite | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-MG | IMBERT Patrick | Médecine Générale |
| PU-PH émérite | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| PU-PH | KASTLER Adrian | Radiologie et imagerie médicale |
| MCU-PH | KHERRAF Zine-Eddine | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PU-PH | KRAINIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | LABARÈRE José | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | LABLANCHE (CORNALI) Sandrine | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | LANDELLE Caroline | Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | LANTUEJOL Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PR Ass. Méd. | LARAMAS Mathieu | Cancérologie ; radiothérapie |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | LAURENT-COSTENTIN Charlotte | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MCU-PH | LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LE MARÉCHAL Marion | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| PR Ass.MG | LEDOUX Jean-Nicolas | Médecine Générale |
| PU-PH émérite | LÉTOUBLON Christian | Chirurgie viscérale et digestive |
| PU-PH émérite | LÉVY Patrick | Physiologie |
| PU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| MCU-PH | LUPO Julien | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | MAÏTRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie ; Transfusion |
| PR Ass. Méd. | MATHEU Nicolas | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| MCU-PH | MC LEER Anne | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| MCU-PH | MEONI Sara | Neurologie |
| PR Ass. Méd. | MICHY Thierry | Gynécologie-obstétrique |
| MCU-PH | MONDET Julie | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |

| CORPS | NOM Prénom | DISCIPLINE UNIVERSITAIRE |
|----------------|--------------------------------------|--|
| PU-PH | MORO-SIBLOT Denis | Pneumologie ; addictologie |
| MCU-PH | MORTAMET Guillaume | Pédiatrie |
| PU-PH émérite | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie ; radiothérapie |
| PU-PH émérite | MOUTET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| PR Ass.MG | ODDOU Christel | Médecine Générale |
| PR Ass. Méd. | ORMEZANO Olivier | Cardiologie |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PAILHÉ Régis | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hématologie ; Transfusion |
| PR Ass.MG | PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise | Médecine Générale |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | PÉPIN Jean-Louis | Physiologie |
| PU-PH | PÉRENNOU Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PU-PH | PERNOD Gilles | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| MCF | PINSAULT Nicolas | Sciences de la rééducation et de réadaptation |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH émérite | PISON Christophe | Pneumologie ; Addictologie |
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POIGNARD Pascal | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| PU-PH émérite | POLACK Benoît | Hématologie ; Transfusion |
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes ; Addictologie |
| PU-PH émérite | RAMBEAUD Jean-Jacques | Urologie |
| PU-PH | RAY Pierre | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PR Ass. Méd. | RÉCHE Fabian | Chirurgie viscérale et digestive |
| MCU-PH | RENDU John | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH émérite | RIALLE Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | RIETHMULLER Didier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH émérite | ROMANET Jean Paul | Ophthalmologie |
| PU-PH | ROSTAING Lionel | Néphrologie |
| PU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie et biologie moléculaire |
| PR Ass.MG | ROYER DE VÉRICOURT Guillaume | Médecine Générale |
| PU-PH émérite | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL Carole | Médecine intensive-réanimation |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |

| CORPS | NOM Prénom | DISCIPLINE UNIVERSITAIRE |
|---------------|-------------------------|--|
| PU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | SPEAR Rafaëlle | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| PU-PH émérite | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | STURM Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | THEVENON Julien | Génétique |
| PU-PH | TOFFART Anne-Claire | Pneumologie ; Addictologie |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VALMARY-DEGANO Séverine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PU-PH | VANZETTO Gérald | Cardiologie |
| PU-PH | VIGLINO Damien | Médecine d'urgence |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUI Philippe | Néphrologie |
| PU-PH émérite | ZARSKI Jean-Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

| | |
|-----------------|---|
| PU-PH | Professeur des universités - Praticien hospitalier |
| MCU-PH | Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier |
| PU-PH émérite* | Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite |
| MCU-PH émérite* | Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite |
| PU-MG | Professeur des universités de médecine générale |
| MCU-MG | Maître de conférences des universités de médecine générale |
| MCF | Maître de conférences des universités |
| PR Ass. Med. | Professeur des universités associé (à mi-temps) |
| PR Ass. MG | Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps) |
| MCF Ass.MG | Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps) |

RÉSUMÉ

Introduction

Depuis 2018 le test HPV a remplacé le frottis cervico-utérin (FCU) dans la stratégie de dépistage des lésions précancéreuses du col utérin chez les patientes de plus de 30 ans. Il présente une sensibilité supérieure mais une spécificité moindre comparé au frottis pour la détection des lésions intra épithéliales de haut grade (HSIL). Cette étude avait pour but de s'assurer que l'utilisation du test HPV n'induit pas d'augmentation du nombre de conisation ne retrouvant pas de lésion (pièce blanche) ou uniquement des lésions intra épithéliale de bas grade (LSIL) comparé au dépistage par FCU.

Méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective comparative monocentrique réalisée au Centre Hospitalo Universitaire Grenoble Alpes. Toutes les patientes incluses dans l'étude ont bénéficié d'une conisation entre le premier janvier 2016 et le 31 décembre 2021.

L'objectif principal de l'étude consistait à comparer le taux de conisation blanche ou LSIL en fonction du mode de dépistage (FCU ou test HPV).

L'objectif secondaire de l'étude visait à identifier les facteurs augmentant le risque de réaliser une conisation blanche ou LSIL.

Résultats

Au total, les données de 394 patientes ont été recueillies. Chez ces patientes, 79 (20,0%) avaient bénéficié en amont d'un dépistage par test HPV. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes quant au taux de conisation blanche ou LSIL (N=91 (28,9%) et 23 (29,1%) respectivement pour le FCU et le test HPV) ($p=0,96$). Les autres facteurs testés comme l'immunodépression, l'intoxication tabagique ou la parité n'ont pas montré non plus

de différence significative. Seul le statut ménopausique a montré une différence significative en faveur d'une augmentation des conisations blanches ou LSIL chez les patientes ménopausées ($p < 0,001$).

Conclusion

Dans cette étude, l'utilisation du test HPV comme modalité de dépistage du CCU ne semble pas être associée à une augmentation des conisations blanches ou LSIL.

ABSTRACT

Introduction

Since 2018, the Human Papilloma Virus (HPV) test has replaced the Pap smear for cervical cancer (CC) screening after 30 years old. Compared to the Pap smear, HPV test has a higher sensitivity and an inferior specificity to detect high-grade intraepithelial lesions (HSIL). The aim of this study was to ensure that the HPV test does not induce an increasing number of cervical excisional procedure (CEP) with no lesion or only low-grade intraepithelial lesions (LSIL) at final analysis compared to Pap Smear screening.

Methods

This is a monocentric comparative retrospective cohort study carried out at the Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes. All patients included in the study underwent a CEP between January 1, 2016 and December 31, 2021.

The main objective of the study was to compare the rate of unnecessary CEP (no lesion or LSIL at final analysis) depending on the screening method (Pap smear or HPV test).

The secondary objective of the study was to identify factors increasing the risk of performing unnecessary CEP.

Results

We collected data from 394 patients, among whom, 79 (20.0%) had been screened by HPV test. No significant difference was found between the two groups regarding the rate of normal conization or LSIL (N=91 (28.9%), 23 (29.1%) respectively for Pap smear and HPV test) ($p=0.96$). The other factors tested such as immunosuppression, tobacco use or parity did not show any significant difference either. Only the occurrence of menopause showed a significant difference as an increase of unnecessary conization in menopausal women ($p<0.001$).

Conclusion

In this study, the use of HPV testing as a screening modality for CC does not appear to be associated with an increase of unnecessary excisional procedure compared to pap smear.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Riethmuller, pour l'honneur que vous me faites en ayant accepté de présider ce jury. Merci pour votre enseignement riche et marquant.

A Juliette Bernard, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, pour sa patience et ses encouragements. Pour ses qualités chirurgicales et humaines et pour avoir partagé de bons moments.

A Charlotte Bailly, pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Mais surtout pour avoir été une super co-interne de pause café.

A toute l'équipe de l'HCE pour m'avoir accueillie lors de mon premier semestre et de m'avoir fait grandir au fil des stages et des gardes.

A toute l'équipe de Chambéry pour leur implication, leur rigueur et leur pédagogie.

A toute l'équipe d'Annecy pour leur bienveillance et la confiance dont elle fait preuve à mon égard.

Au service de chirurgie digestive du CHANGE pour m'avoir ouvert les portes de leur belle spécialité.

Au service d'urologie du CHU pour ce semestre empli de Jean-Jacques et de phrases toutes faites.

A tous mes co-internes, on a partagé des moments chouettes, des fois des moments difficiles mais notre entraide fait de tous ces moments nos forces.

A mes amis qui font ce que je suis et qui feront ce que je serai. J'ai hâte de vivre encore pleins de beaux moments avec vous.

A ma famille, pour le soutien et la confiance indéfectible dont vous me donnez régulièrement la preuve. Pour votre amour inconditionnel.

ABRÉVIATIONS

HPV : Human PapillomaVirus

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HSIL : Lésion Intra-Épithéliale de Haut Grade

LSIL : Lésion Intra-Épithéliale de Bas Grade

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

IST : Infection Sexuellement Transmissible

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

ASC-US : Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

AGC : Atypical Glandular Cells

CKC : Cold Knife Conization

LEEP : Loop Electrosurgical Excision Procedure

SWETZ : Straight Wire Excision of Transformation Zone

SFCPCV : Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale

CHUGA : Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

SOMMAIRE

| | | |
|-------------|---|-----------|
| I. | INTRODUCTION..... | 14 |
| 1. | <u>Epidémiologie.....</u> | 14 |
| 2. | <u>Physiopathologie.....</u> | 14 |
| 3. | <u>Facteurs de risques.....</u> | 15 |
| 4. | <u>Prévention et organisation du dépistage en France.....</u> | 16 |
| 4.1. | Vaccination | 16 |
| 4.2. | Dépistage..... | 17 |
| 4.3. | Performance des tests de dépistages..... | 18 |
| 4.4. | Colposcopie..... | 19 |
| 5. | <u>Traitements</u> | 20 |
| 5.1. | Méthodes ablatives | 20 |
| 5.2. | Méthodes excisionnelles | 20 |
| 5.3. | Complications..... | 22 |
| II. | MATERIEL ET METHODE | 24 |
| 1. | <u>Population.....</u> | 24 |
| 2. | <u>Analyse statistique.....</u> | 24 |
| III. | RÉSULTATS..... | 25 |
| IV. | DISCUSSION..... | 29 |
| V. | CONCLUSION..... | 33 |
| VI. | BIBLIOGRAPHIE..... | 34 |
| VII. | ANNEXES..... | 43 |

I. INTRODUCTION

1. Epidémiologie

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus (CCU) est la quatrième cause de cancer et de mortalité par cancer chez la femme (1).

On observe en France une diminution de l'incidence et de la mortalité du CCU de plus de moitié en 30 ans (2) et ce, depuis la mise en place du dépistage des lésions pré-invasives et plus récemment de la vaccination contre les papillomavirus (HPV) (3).

En France en 2015, le CCU est la 12ème cause de cancer chez la femme. Il concerne environ 3 000 femmes et cause 1 000 décès par an (3).

On note dans les pays où le dépistage des lésions précancéreuses est mis en place une diminution de la mortalité par CCU d'un facteur 14 (4).

En 2021 en France, l'âge médian au diagnostic est de 53 ans et le taux de survie tous stades confondus à 5 ans est de 63% (5).

2. Physiopathologie

Les HPV sont des virus de petite taille, non enveloppés, à double chaîne d'ADN qui appartiennent à la famille des Papillomaviridae, divisés en 53 classes dont seulement 5 peuvent infecter l'Homme (alpha, bêta, gamma, mu et nu) en fonction de leur tropisme (6–8). Il existe donc 222 types de papillomavirus pouvant infecter l'Homme (6).

L'entrée du virus dans la cellule est médiée par la protéine de surface L1 qui conditionne le type de tissus infectés (7,9).

Ainsi les HPV bêta, gamma, mu et nu ont un tropisme cutané et occasionnent les verrues palmaires et plantaires. Les HPV alpha quant à eux ont un tropisme muqueux.

Ils sont divisés en deux sous groupes, les HPV à haut risque (principalement HPV 16 et 18 mais aussi 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66 et 68), responsables de pathologies cancéreuses au niveau du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, du pénis, de l'anus et de l'oropharynx (8) et ceux à bas risque (principalement HPV 6 et 11), responsables de pathologies condylomateuses.

Le virus qui infecte la couche basale de l'épithélium cible, utilise la machinerie cellulaire afin de répliquer ses gènes et de polymériser les protéines nécessaires à sa réplication lui permettant ainsi d'infecter les cellules de voisinage.

Plus de 95% des CCU sont liés à une infection à HPV (10).

Il s'agit de l'infection sexuellement transmissible (IST) virale la plus répandue, infectant près de 80% des hommes et femmes au cours de leur activité sexuelle (11,12).

Grâce à l'importante clairance du virus, la majorité des patientes l'auront éliminé dans les un à deux ans suivant l'infection (13).

L'évolution de l'infection par HPV au cancer invasif est un processus lent qui nécessite une persistance de l'infection virale (14) qui est le facteur clef de l'apparition de lésions précancéreuses ou lésions intraépithéliales de haut grade (HSIL) (15,16). Les CCU non associés aux HPV concernent les patientes plus âgées, sont souvent découverts à des stades plus avancés et associés à un moins bon pronostic que les CCU associés aux HPV. Le mécanisme de carcinogénèse serait lié à des séquences ARN non codantes qui perturbent la régulation des gènes suppresseur de tumeur (17).

3. Facteurs de risques

L'infection persistante par HPV est favorisée par un nombre de partenaires sexuels élevé ainsi que la co-infection par d'autres IST (18–20).

D'autres facteurs de risques sont reconnus comme la consommation ancienne ou actuelle de tabac (21,22), la co-infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (23–25) ou autres situations d'immunodépression (greffe d'organe, maladies auto immunes) (26,27), la précocité du premier rapport sexuel, la multiparité (28) et l'utilisation de contraception orale sur le long terme (29,30).

4. Prévention et organisation du dépistage en France

4.1. Vaccination

En l'absence de traitement efficace de l'infection à HPV, la prévention par la vaccination avant toute exposition sexuelle à l'adolescence reste la stratégie de choix pour la lutte contre le CCU, avec une réduction importante des infections génitales, des verrues génitales et des lésions précancéreuses dues aux HPV lorsque le taux de couverture vaccinale est élevé (31–33).

La couverture vaccinale en France contre les HPV chez les adolescentes est en progression depuis plusieurs années mais elle reste insuffisante. En 2020, elle était estimée à 41% pour une dose à 15 ans (vs. 35% en 2019) et 33% pour le schéma complet (3 doses) à 16 ans (vs. 28% en 2019) (34–36).

En complément de l'augmentation de la vaccination des jeunes filles, la vaccination des garçons, recommandée depuis 2021, a pour but de réduire la transmission des HPV et de protéger les futures générations, quel que soit le sexe, vis-à-vis des maladies liées aux HPV (37).

En Australie où la couverture vaccinale est de 80 % pour les femmes et de 76% pour les hommes en 2018 (38), on constate une diminution du portage HPV et de l'incidence des pathologies condylomateuses de 54 % chez les femmes et 48% chez les hommes (39).

4.2. Dépistage

En France, la couverture nationale du dépistage dans la population des femmes âgées de 25 à 65 ans est de 59% pour la période de 2018-2020, soit en légère augmentation par rapport à la période triennale précédente (58% en 2017-2019) (37).

Jusqu'en 2018, il s'agissait d'un dépistage individuel, c'est-à-dire réalisé suite à une consultation spontanée de la patiente. Celui-ci était recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) de 25 à à 65 ans et consistait en la réalisation d'un FCU au rythme de 1 fois tous les 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle.

L'Institut National du Cancer (INCa) recommandait la réalisation d'un FCU tous les 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle entre 25 et 65 ans. En cas d'anomalie, selon les résultats, était recommandé soit la réalisation d'une coloscopie soit un simple contrôle à un an (31).

Dans le cas de frottis ASC-US ou AGC, un test HPV réflexe était réalisé. Si celui était positif une coloscopie était indiquée, s'il revenait négatif, le suivi se poursuivait avec une nouvelle cytologie à 3 ans.

Ce modèle est encore d'actualité pour les patientes âgées de 25 à 29 ans (31).
(Annexes : Figure 1)

Depuis 2018 et suite au plan cancer de 2014-2019, le dépistage du CCU a évolué vers un dépistage organisé. Toutes les femmes non dépistées selon le rythme recommandé reçoivent du centre régional de coordination des dépistages des cancers un courrier les invitant à réaliser un dépistage, remboursé à 100 %.

Il a pour objectifs d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80 %, de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer de 30 % l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans (31).

Les modalités de ce dépistage ont elles aussi changé pour les patientes âgées de 30 à 65 ans. Elles reposent actuellement sur la réalisation d'un test HPV avec cytologie réflexe en cas de test positif (réalisé sur le même prélèvement) et a pour but de détecter toutes les femmes à risque de présenter des lésions (pré)cancéreuses (40) du fait de sa très bonne sensibilité dans cette indication (41).

Pour un test négatif, le dépistage est renouvelé cinq ans après (31).

Pour un test HPV positif avec cytologie évocatrice de lésions intra épithéliales, une colposcopie est recommandée (31). (Annexe : Figure 2)

Enfin, en cas de cytologie réflexe normale, il est recommandé de renouveler le test HPV un an plus tard. Si celui-ci est encore positif et ce malgré une cytologie normale, une colposcopie est recommandée (12,31).

L'intégration du test HPV dans le programme national de dépistage organisé se fait rapidement. Chez les femmes âgées de 30 à 65 ans, le test HPV représentait moins de 1% des tests de dépistage en 2019, 25% en 2020 et 65% au cours des 6 premiers mois de 2021 (37).

4.3. Performance des tests de dépistages

4.3.1. Frottis cervico utérin :

Le FCU est la méthode de dépistage utilisée depuis les années 1960.

Celle-ci consiste en un prélèvement de cellule endo et exo cervicale et est basée sur une analyse cytologique réalisée par un anatomopathologiste. Historiquement, ce prélèvement était réalisé à l'aide d'une spatule et étalé sur lame lors de la consultation. Puis cette méthode a été remplacée par un prélèvement à l'aide d'une brosse et analysé en phase liquide.

Concernant la sensibilité du FCU, les chiffres retrouvés dans la littérature sont très hétérogènes et vont de 43 à 96% (41,42). Ces différences sont expliquées par les différentes techniques étudiées dans les études ainsi que les différents pays dans lesquelles elles sont réalisées.

Dans une méta analyse publiée en 2017 et qui regroupait les données de 40 études il était retrouvé une sensibilité de 73% et une spécificité 93% (41).

4.3.2. Test HPV :

Il existe plusieurs techniques qui ont montré des performances similaires : la PCR ou l'HC2.g

Dans la littérature, la sensibilité du test HPV est meilleure que celle du FCU et les chiffres constatés oscillent entre 60 et 100% (43).

Dans cette même méta analyse de 2017, il était identifié pour les tests HPV une sensibilité de 89% et une spécificité de 88% (41).

Il est actuellement étudié la possibilité de la réalisation du test HPV en autoprélèvement vaginal afin de simplifier l'accès au dépistage (12).

4.4. Colposcopie

La colposcopie est un examen offrant une observation du col de l'utérus à un fort grossissement et qui, à l'aide de colorations spécifiques, permet une identification des zones où la muqueuse est anormale et présente une invasion par HPV.

Une colposcopie est dite « satisfaisante » lorsque la totalité de l'épithélium de la partie externe du col (exocol) a pu être observée (épithélium dit malpighien). La ligne séparant cet épithélium et l'épithélium interne dit glandulaire, s'appelle la « zone de jonction ». La colposcopie n'est donc complète que si cette ligne est suivie dans sa totalité, garantissant une analyse complète de l'épithélium malpighien (44).

L'impression visuelle lors de la colposcopie est importante mais non suffisante au diagnostic car elle présente certes une très bonne sensibilité, de l'ordre de 95%, pour distinguer un col normal d'un col anormal mais ne présente qu'une spécificité de 48% pour la détection des lésions de haut grade, ce qui pourrait induire un recours inadapté à la conisation (45,46). L'identification de la zone anormale à la colposcopie est donc dans l'idéal couplée à la réalisation de biopsies ciblées, dont le résultat anatomopathologique permet de poser le diagnostic histologique et d'indiquer ou non un traitement.

5. Traitements

5.1. Méthodes ablatives :

Il existe plusieurs techniques ablatives, qui utilisent la chaleur, le froid (cryothérapie) ou un faisceau laser pour détruire l'épithélium cervical. Ces techniques sont moins pourvoyeuses de complications que les méthodes excisionnelles, mais ne permettent pas d'obtenir une analyse anatomopathologique (47), avec une efficacité qui fluctue selon les études, certaines montrant un taux de récurrence de HSIL plus important, d'autres une équivalence avec les techniques excisionnelles (48,49).

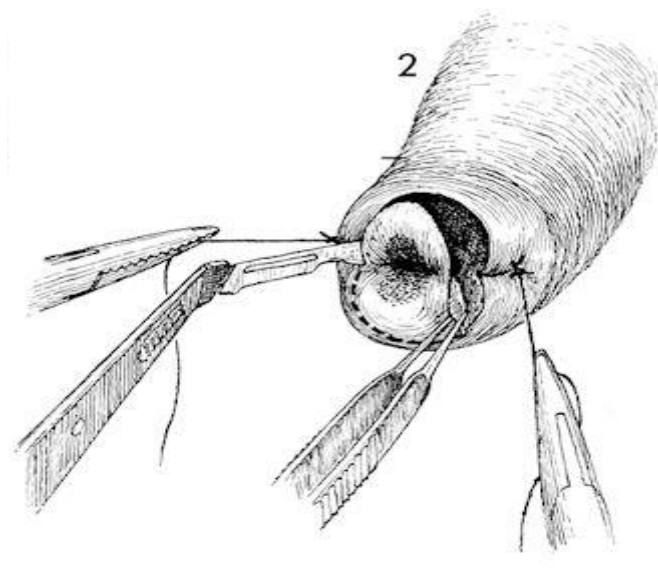
5.2. Méthodes excisionnelles :

Cette appellation regroupe plusieurs techniques qui ont toutes pour but de retirer la portion atteinte de lésions de haut grade.

- Cold knife conization (CKC) ou conisation à la lame froide : C'est la technique de référence qui consiste à inciser le col à l'aide d'une lame de bistouri et d'en retirer une portion conique emportant la zone de jonction. Elle présente l'avantage de s'affranchir d'artefacts de thermocoagulation sur la pièce d'anatomopathologie et permet le plus

souvent d'obtenir une exérèse monobloc (47). L'hémostase est obtenue soit par électrocoagulation soit à l'aide de points d'hémostase.

Figure 1 : CKC : Hémostase à l'aide de points à 3 heures et 9 heures.(50)



- Loop electrosurgical excision procedure (LEEP) ou électro-resection à l'anse diathermique : Cette technique consiste à l'aide d'une anse métallique dans laquelle passe un courant électrique, à sectionner et coaguler dans le même temps les tissus. Elle permet d'obtenir une pièce opératoire de forme ovoïde. C'est actuellement la méthode recommandée par les sociétés savantes mondiales (51), européennes (52) et française (53).
- Conisation Laser : Cette technique très utilisée dans les années 1990, est actuellement un peu tombée en désuétude du fait d'un temps opératoire bien plus long que la LEEP. Elle utilise l'énergie laser afin de réaliser le cône de section.

- Straight Wire Excision of Transformation Zone (SWETZ) : Elle utilise une pointe fine électrique afin d'effectuer dans un même temps la section et la coagulation.

5.3. Complications

Toutes les techniques chirurgicales ne présentent pas les mêmes taux de complication, notamment concernant les méthodes ablatives, moins pourvoyeuses d'hémorragies et d'infections postopératoires que les méthodes excisionnelles (48).

On peut distinguer les complications à court terme qui sont principalement représentées par les complications hémorragiques et infectieuses, et les complications à plus long terme, parmi lesquelles on retient les sténoses cervicales qui peuvent être responsables d'une infertilité (54) ou de dysménorrhées et de métrorragies et les complications obstétricales, (accouchements prématurés (47), fausse couche tardive (55) rupture prématurées de la poche des eaux (56)).

Dans la littérature, la comparaison du risque hémorragique en fonction des méthodes excisionnelles est hétérogène, retrouvant parfois une supériorité (57) parfois une équivalence (58) du LEEP par rapport au CKC.

Concernant le risque de sténose cervicale, il n'y a pas de différence retrouvée en fonction de la technique chirurgicale (49).

Les risques obstétricaux augmentent avec l'invasivité de la méthode (47,59–61), la profondeur et la taille de la conisation (60). Dans une méta analyse publiée dans le Lancet en 2022 par Athanasiou et al., le risque d'accouchement prématuré semble non augmenté pour les méthodes ablatives quelles qu'elles soient (RR 1,05 pour le laser. RR 1,01 pour la cryothérapie $p < 0,01$) (47). Dans cette même étude, il est mis en évidence que le LEEP serait la méthode excisionnelle la moins pourvoyeuse

d'accouchement prématuré (RR 1,37) en comparaison avec la CKC (RR 2,27) et la conisation laser (RR 1,77) (47).

Zhang et al. concluent sur un petit effectif que le délai idéal à respecter entre le traitement d'une lésion intra épithéliale et une grossesse, afin de diminuer les risques d'accouchement prématuré, était de 6 et 9 mois respectivement pour la résection à l'anse et la conisation au bistouri froid (62).

La prévention par la vaccination, le dépistage, le diagnostic et le traitement des dysplasies de haut grade est un réel enjeu de santé publique afin de diminuer l'incidence et la morbi mortalité liées aux CCU.

Il est cependant nécessaire d'être prudent quant aux indications du traitement de ces dysplasies afin de ne pas surtraiter des lésions qui, malgré le risque d'évolution vers un CCU, restent bénignes.

Le test HPV possède une bien meilleure sensibilité que le FCU, mais une spécificité moindre.

La société française de colposcopie et de pathologie cervicovaginale (SFCPCV) prévoit une augmentation du nombre de colposcopie dans le processus du dépistage dûe aux nouvelles indications en rapport avec le test HPV.

Il se pose alors la question du surdiagnostic pouvant entraîner une augmentation des conisations blanches ou LSIL.

L'objectif principal de l'étude consiste à comparer le taux de conisation ne retrouvant pas de lésion ou LSIL en fonction du mode de dépistage (FCU ou test HPV).

L'objectif secondaire de l'étude vise à identifier des facteurs augmentant le risque de réaliser une conisation sans lésion retrouvée à l'anatomopathologie ou du LSIL.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Population

Cette étude de cohorte rétrospective comparative unicentrique a été réalisée au Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA).

Les patientes ayant bénéficié d'une conisation (codage CCAM JKFA031) entre Janvier 2016 et Décembre 2021 ont été incluses.

Les données démographiques tel que l'âge, la survenue de la ménopause, le tabagisme sevré ou non, la parité et la présence ou non d'une immunodépression ont été recueillis.

La modalité de dépistage utilisée (FCU ou test HPV), ses résultats, ceux des biopsies réalisées lors des colposcopies et les résultats définitifs anatomo-pathologiques de la pièce de conisation ont également été recueillis.

Toutes les données ont été collectées à partir du dossier médical informatisé.

2. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JAMOVI.

Les données des variables catégorielles ont été exprimées en effectif et pourcentage et traitées par un test du khi2.

Les variables non continues ont été exprimées en moyenne et écart type et analysées à l'aide du modèle de régression linéaire ANOVA.

Une P-value < 0,05 était considérée comme significative.

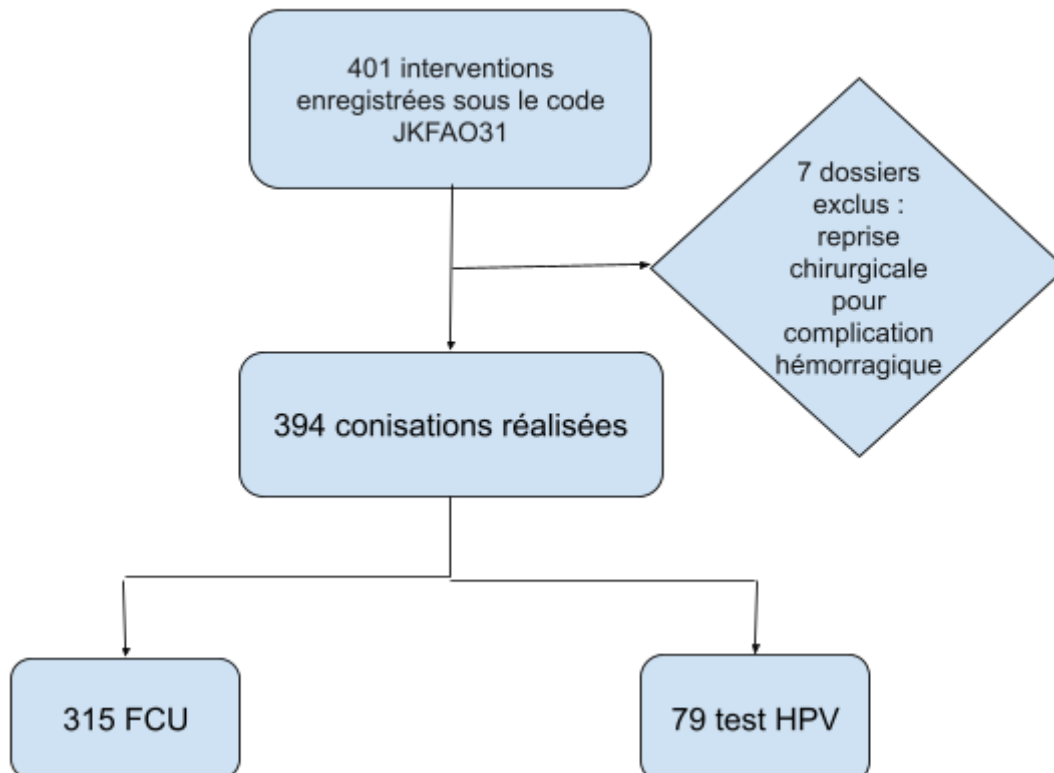
III. RÉSULTATS

Pendant les six années de la période étudiée, 401 patientes ont été prises en charge au bloc opératoire sous l'intitulé "conisation" au CHUGA. Sur ces 401 patientes, 7 étaient en fait des reprises post conisation pour complication hémorragique et ont été exclues de l'analyse. Trois cent quinze (79,9%) patientes ont bénéficié d'un dépistage par frottis et 79 (21,1%) d'un dépistage par test HPV. (Figure 1)

La répartition par année du nombre de conisations réalisées était stable de 2016 à 2018 (entre 77 et 84 conisations par an). Ce nombre diminue en 2019 pour réaugmenter progressivement par la suite jusqu'en 2021 (N= 44 et N= 59 respectivement) (Annexes Figure 3)

L'âge moyen au moment de la conisation est de 40 ans (22 à 79 ans). Les caractéristiques démographiques sont comparables entre les deux groupes. (Tableau 1).

Figure 2 : Diagramme de flux



| | Frottis (N=315) | Test HPV (N=79) | Total (N=394) | p value |
|-------------------------|--------------------|--------------------|---------------|---------|
| Âge | | | | 0,097 |
| Moyenne (Ecart type) | 40,0 (11,1) | 42,4 (11,2) | 40,5 (11,1) | |
| Plage de données | 22 - 70 | 24 - 79 | 22 - 79 | |
| Parité | | | | 0,200 |
| Données manquantes | 14 (4,4%) | 3 (3,8%) | 17 (4,3%) | |
| Nullipare | 91 (28,9%) | 19 (24,1%) | 110 (27,9%) | |
| Primipare | 74 (23,5%) | 14 (17,7%) | 88 (22,3%) | |
| Multipare | 136 (43,2%) | 43 (54,4%) | 179 (45,4%) | |
| Ménopause | | | | 0,901 |
| Données manquantes | 4 (1,3%) | 0 | 4 (1,0%) | |
| Non | 254 (80,6%) | 65 (82,3%) | 319 (81,0%) | |
| Oui | 57 (18,1%) | 14 (17,7%) | 71 (18,0%) | |
| Tabac | | | | 0,723 |
| Données manquantes | 24 (7,6%) | 3 (3,8%) | 27 (6,9%) | |
| Non | 175 (55,6%) | 44 (55,7%) | 219 (55,6%) | |
| Oui | 116 (36,8%) | 32 (40,5%) | 148 (37,6%) | |
| HPV HR | | | | 0,138 |
| Données manquantes | 22 (7,0%) | 0 | 22 (5,6%) | |
| Non | 8 (2,5%) | 0 (0,0%) | 8 (2,0%) | |
| Oui | 285 (90,5%) | 79 (100,0%) | 364 (92,4%) | |
| Immunodépression | | | | 0,835 |
| Non | 297 (94,3%) | 74 (93,7%) | 371 (94,2%) | |
| Oui | 18 (5,7%) | 5,0 (6,3%) | 23 (5,8%) | |
| Biopsie | | | | 0,060 |
| Non | 68 (21,6%) | 25 (31,6%) | 93 (23,6%) | |
| Oui | 247 (78,4%) | 54 (68,4%) | 301 (76,4%) | |

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée

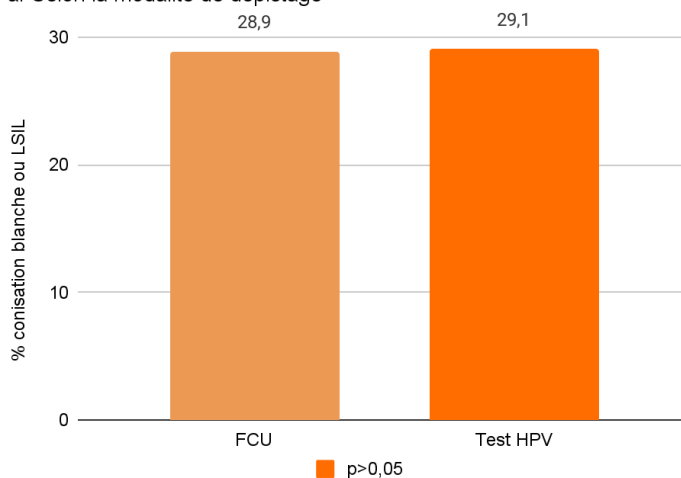
Le taux de conisations sans lésion sur la pièce opératoire ou retrouvant des lésions de bas grade est de 28,9% (N=91) dans le groupe ayant bénéficié d'un FCU et de 29,1% (N=23) dans le groupe ayant bénéficié du test HPV (OR 1,01 p=0,969). (Figure 3a) Au sein de ces conisations blanches ou LSIL on distingue 40 cas (35%) de conisation où une lésion de haut grade a été retrouvée à la biopsie. En considérant ces 40 cas comme des conisations retrouvant du HSIL, le taux de

conisation blanche ou LSIL est de 18,7%(N=59) dans le groupe FCU et de 19% (N=15) dans le groupe test HPV (OR 0,98 p=0,958).

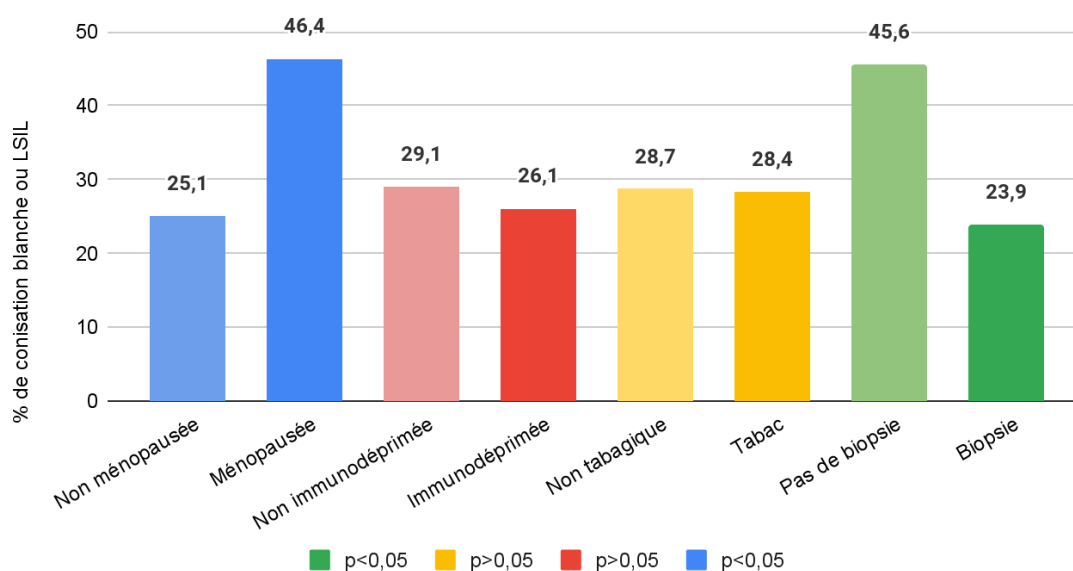
Dans les analyses secondaires, la ménopause et l'absence de biopsie préopératoire sont associées à une augmentation du taux de conisations blanches (respectivement, OR 2,59 p<0,001 et OR 0,40 p<0,001). (Figure 3b) (Annexe Tableau 1)

Figure 3 : Taux de conisation blanche ou LSIL

a. Selon la modalité de dépistage



b. Selon les facteurs de risques



Sur les 394 conisations, 93 (23%) n'ont pas bénéficié d'une biopsie préopératoire, du fait d'une colposcopie non satisfaisante dans 69.9% (N=65) des cas ou d'une absence de colposcopie préopératoire pour 6 patientes (6,4%). Dans les autres situations (N=22 ; 23,7%), la raison de l'absence de biopsie n'est pas connue.

Parmi les 114 conisations banches, 32 (34,4%) n'avaient pas bénéficié de biopsie en raison d'une colposcopie non satisfaisante, 9 (7,9%) pour un raison inconnue et 1 (0,9%) n'avait pas eu de colposcopie pré-opératoire. (Annexe Figure 4)

IV. DISCUSSION

Cette étude semble montrer que le nombre de conisations blanches n'est pas augmenté dans le groupe ayant bénéficié d'un test HPV. Ce résultat est encourageant et rassurant mais doit tout de même être considéré avec précaution. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant évalué ce paramètre et nous ne pouvons donc pas confronter nos résultats. Dans notre étude il a été retrouvé 28,9% de conisation blanche ou LSIL toutes modalités de dépistage confondues. Dans une étude de Aydogan Kirmizi et Al., publiée en 2020, observant la concordance entre les résultats des tests de dépistage et les biopsies obtenues par colposcopie entre 2010 et 2019 il était retrouvé 26,5 % de conisation LSIL et aucune conisation blanche. Cependant dans cette étude, seules les patientes dont la zone de jonction était visualisée au moins partiellement ont été incluses (63). Or dans notre étude, 32 (34,4%) des conisations blanches n'avaient pas bénéficié de biopsie pour cause de colposcopie non satisfaisante. Dans une autre étude réalisée en France en 2013, le taux de conisation ayant retrouvé du LSIL était de 21,7%, ce chiffre est bien inférieur à celui retrouvé dans notre cohorte ; cependant cette étude ne faisait pas état du taux de conisation ne retrouvant pas de lésions (64). De plus, au sein des conisations blanches ou LSIL retrouvées dans notre cohorte, 35% (N=40) avaient été réalisées dans les suites d'une biopsie HSIL. Ce phénomène est retrouvé dans plusieurs études avec des taux hétérogènes. Dans une étude rétrospective portant sur 306 conisations réalisées suite à une biopsie HSIL, Witt et al., retrouvaient 27% de conisations blanches ou LSIL (65). Dans une moindre mesure, Pecourt et al., retrouvaient 12,5% de conisations blanches ou LSIL dans les suites de biopsie HSIL (66). Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer ces discordances de résultats. La première étant que la biopsie permettrait l'exérèse partielle ou complète

de la lésion HSIL et que la lésion HSIL résiduelle serait détruite par la réponse inflammatoire secondaire à la biopsie. Les autres explications possibles pourraient être un surdiagnostic histologique à la biopsie, un sous diagnostic histologique sur la pièce de conisation ou que la conisation n'ait pas permis l'exérèse de la lésion de haut grade (67).

Les analyses secondaires de cette étude laissent à penser que le taux de conisation blanche ou LSIL est plus élevé chez les patientes ménopausées que chez les patientes non ménopausées. Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, comme le montre Gilani et al., chez les patientes ménopausées la zone de jonction n'est pas visualisée et la colposcopie non satisfaisante dans 47,5% des conisations blanches ou LSIL contre 17% chez les patientes non ménopausée (68). Dans notre étude, 43,5% des colposcopies ayant été réalisées chez des patientes ménopausées, ce qui ne permettait pas une évaluation satisfaisante du col et la réalisation de biopsies. Il est alors recommandé, en cas de persistance de la positivité du test HPV ou d'anomalies à la cytologie réflexe, de réaliser une conisation - dite diagnostique - engendrant un sur-risque de conisation blanche ou LSIL (69). En outre, les patientes ménopausées n'étant plus concernées par les craintes de complications obstétricales, les conduites à tenir expectatives ont moins leur place dans la prise en charge.

Afin de limiter au maximum la morbidité liée au traitement des lésions intra épithéliale bas grade, l'Institut National du Cancer (INCa) propose dans ses recommandations une surveillance de ces lésions tous les 12 mois. En cas de persistance de celles-ci, il pourra être proposé à la patiente un traitement en privilégiant les méthodes ablatives. Cependant dans l'étude de De Rycke et al., le nombre de procédures ablatives (25,6%) pour les LSIL reste nettement minoritaire

comparé au nombre de conisations pratiquées (67,5%) (64). Dans notre étude, nous ne possédons pas les données relatives au recours à ces méthodes ablatives pour la prise en charge des LSIL. Il serait intéressant d'étudier si un certain nombre des conisations retrouvant du LSIL dans notre cohorte n'aurait pas pu être prise en charge à l'aide de ces méthodes ablatives. Si, en revanche, il existe lors des différents examens de dépistage une anomalie pouvant évoquer un HSIL alors les modalités de suivi et de traitement seront celles d'une lésion de haut grade. Chez la patiente jeune il est possible, d'après les recommandations de l'INCa en cas de cytologie HSIL, de procéder soit à une destruction des lésions soit à une surveillance rapprochée tous les 6 mois, à l'aide de la cytologie et de la colposcopie (avec ou sans biopsies) pour une durée maximale de 2 ans (53).

Dans notre étude il semble que l'absence de biopsies préopératoires augmente le risque de réaliser une conisation blanche ou LSIL (43,4% vs. 23,7% $p < 0,001$), ce qui tend à confirmer les données de la littérature avec une spécificité de l'impression colposcopique pour la détection d'un HSIL de l'ordre de 69% (46) impliquant un risque de diagnostic inapproprié dans près d'un tiers des cas.

Nous sommes conscients des limites de cette étude. Son caractère monocentrique, rétrospectif, le nombre de données manquantes et le déséquilibre entre les effectifs des deux groupes ne permettent pas d'obtenir une bonne validité interne ou externe. La mise en place du test HPV se fait de manière progressive et seulement 79 patientes ont bénéficié de cette modalité de dépistage sur la période étudiée. Cette proportion devrait s'accroître dans les années à venir et pourrait conduire à des résultats différents. Comme prévu par la SFCPCV, actuellement 5 à 10% des dépistages conduisent à la réalisation d'une colposcopie contre 3 à 5 % en 2019. Cette augmentation est due à l'importante sensibilité du test HPV ainsi qu'à la

nécessité de recours à la colposcopie en cas de test HPV positif persistant malgré une cytologie réflexe négative (70). En 2019 au CHUGA, une importante diminution du nombre de conisation a été observée. Cette diminution brutale ne semble pas pouvoir être attribuée au test HPV car celui-ci ne représentait que 9% des dépistages ayant conduit à une conisation.

V. CONCLUSION

Les modalités de dépistage du CCU de 30 à 65 ans ont changé en 2018, abandonnant le FCU au profit du test HPV en première ligne du fait de sa meilleure sensibilité pour la détection des lésions de haut grade du col utérin. Cependant ce test présente une moins bonne spécificité que le FCU et la SFCPCV prévoit une augmentation du recours à la colposcopie entraînant un risque de surtraitement des patientes.

Dans notre étude, l'utilisation du test HPV dans le dépistage du CCU n'est pas associée à une augmentation du taux de conisation blanche ou LSIL comparé au dépistage par FCU.

Il sera probablement intéressant de renouveler l'analyse à l'heure de la généralisation du dépistage par test HPV, en y intégrant les résultats colposcopiques, afin d'explorer ce lien entre le risque de conisation blanche ou LSIL et le fait d'être ménopausée.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
2. Defossez G, Uhry Z, Delafosse P, Dantony E, d'Almeida T, Plouvier S, et al. Cancer incidence and mortality trends in France over 1990-2018 for solid tumors: the sex gap is narrowing. *BMC Cancer.* 24 juin 2021;21(1):726.
3. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p.
4. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* févr 2012;62(1):10-29.
5. Panorama des cancers en France - Édition 2022 Édité par l'Institut national du cancer (INCa).
6. HPV reference clones, International Human Papillomavirus reference center, Aout 2022.
7. Cospier PF, Bradley S, Luo Q, Kimple RJ. Biology of HPV Mediated Carcinogenesis and Tumor Progression. *Semin Radiat Oncol.* oct 2021;31(4):265-73.
8. Szymonowicz KA, Chen J. Biological and clinical aspects of HPV-related cancers. *Cancer Biol Med.* 15 nov 2020;17(4):864-78.
9. Mistry N, Wibom C, Evander M. Cutaneous and mucosal human papillomaviruses differ in net surface charge, potential impact on tropism. *Virology.* 14 oct 2008;5:118.

10. Prétet JL, Jacquard AC, Carcopino X, Charlot JF, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study. *Int J Cancer*. 2008;122(2):428-32.
11. Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines – A review of the first decade. *Gynecol Oncol*. 1 juill 2017;146(1):196-204.
12. Haute Autorité de Santé. 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 immuno-marquage p16/Ki67. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
13. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*. 1 nov 2010;11(11):1048-56.
14. Manini I, Montomoli E. Epidemiology and prevention of Human Papillomavirus. *Ann Ig Med Prev E Comunità*. 30 août 2018;(4):28-32.
15. Schiffman M, Castle PE. Human Papillomavirus: Epidemiology and Public Health. *Arch Pathol Lab Med*. 1 août 2003;127(8):930-4.
16. Dalstein V, Riethmuller D, Prétet JL, Le Bail Carval K, Sautière JL, Carbillet JP, et al. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: A longitudinal French cohort study. *Int J Cancer*. 2003;106(3):396-403.
17. Liu Y, Liu H, Sheng B, Pan S, Wang Z wei, Zhu X. The functions of lncRNAs in the HPV-negative cervical cancer compared with HPV-positive cervical cancer. *Apoptosis*. 1 oct 2022;27(9):685-96.
18. Cox JT. The development of cervical cancer and its precursors: what is the role of human papillomavirus infection? *Curr Opin Obstet Gynecol*. févr 2006;18

Suppl 1:s5-13.

19. Berrington de González A, Green J, International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 15 févr 2007;120(4):885-91.
20. Chelimo C, Woldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *J Infect*. mars 2013;66(3):207-17.
21. Plummer M, Herrero R, Franceschi S, Meijer CJLM, Snijders P, Bosch FX, et al. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case--control study. *Cancer Causes Control CCC*. nov 2003;14(9):805-14.
22. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, et al. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 15 mars 2006;118(6):1481-95.
23. Schiffman M, Wentzensen N, Wacholder S, Kinney W, Gage JC, Castle PE. Human Papillomavirus Testing in the Prevention of Cervical Cancer. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 2 mars 2011;103(5):368-83.
24. Palefsky JM, Minkoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, Garcia P, et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. *J Natl Cancer Inst*. 3 févr 1999;91(3):226-36.

25. Denslow SA, Rositch AF, Firnhaber C, Ting J, Smith JS. Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: A systematic global review. *Int J STD AIDS*. mars 2014;25(3):163-77.
26. Grulich AE, Vajdic CM. The epidemiology of cancers in human immunodeficiency virus infection and after organ transplantation. *Semin Oncol*. avr 2015;42(2):247-57.
27. Wielgos A, Pietrzak B, Sikora M, Martirosian G, Suchonska B, Gozdowska J, et al. Human Papillomavirus (HPV) DNA Detection Using Self-Sampling Devices in Women Undergoing Long Term Immunosuppressive Therapy. *Viruses*. 30 août 2020;12(9):962.
28. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet Lond Engl*. 30 mars 2002;359(9312):1093-101.
29. Asthana S, Busa V, Labani S. Oral contraceptives use and risk of cervical cancer-A systematic review & meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. avr 2020;247:163-75.
30. Gadducci A, Cosio S, Fruzzetti F. Estro-progestin Contraceptives and Risk of Cervical Cancer: A Debated Issue. *Anticancer Res*. nov 2020;40(11):5995-6002.
31. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection Outils pour la pratique, INCa, juillet 2022.
32. Dépistage du cancer du col de l'utérus, Santé Publique France, Mai 2022.
33. Riethmuller D, Jacquard AC, Lacau St Guily J, Aubin F, Carcopino X, Pradat P, et al. Potential impact of a nonavalent HPV vaccine on the occurrence of HPV-related diseases in France. *BMC Public Health*. 2 mai 2015;15:453.
34. Haut Conseil de la santé publique. Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9®. Site internet : Hcsp. Paris ; 2019.

35. Baudu A, Prétet JL, Riethmuller D, Chotard M, Mouglin C, Mercier M. Prevalence and risk factors of human papillomavirus infection types 16/18/45 in a cohort of French females aged 15–23 years. *J Epidemiol Glob Health*. 2014;4(1):35-43.
36. Institut national du cancer (INCa). Dépistage du cancer du col de l'utérus. Site internet : INCa. Boulogne Billancourt (Paris) ; 2020.
37. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention.
38. Dyda A, Shah Z, Surian D, Martin P, Coiera E, Dey A, et al. HPV vaccine coverage in Australia and associations with HPV vaccine information exposure among Australian Twitter users. *Hum Vaccines Immunother*. 2019;15(7-8):1488.
39. Chow EPF, Carter A, Vickers T, Fairley CK, McNulty A, Guy RJ, et al. Effect on genital warts in Australian female and heterosexual male individuals after introduction of the national human papillomavirus gender-neutral vaccination programme: an analysis of national sentinel surveillance data from 2004-18. *Lancet Infect Dis*. déc 2021;21(12):1747-56.
40. Baraquin A, Pépin L, Floerchinger P, Lepiller Q, Prétet JL. Nouvelles recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. *Ann Pharm Fr*. 21 sept 2022;
41. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 août 2017;8:CD008587.
42. Liang LA, Einzmann T, Franzen A, Schwarzer K, Schauburger G, Schriefer D, et al. Cervical Cancer Screening: Comparison of Conventional Pap Smear Test, Liquid-Based Cytology, and Human Papillomavirus Testing as Stand-alone or Cotesting Strategies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1 mars

2021;30(3):474-84.

43. Rousseau M, Pereira JS, Prado JCM, Villa LL, Rohan TE, Franco EL. Cervical Coinfection with Human Papillomavirus (HPV) Types as a Predictor of Acquisition and Persistence of HPV Infection. *J Infect Dis.* 15 déc 2001;184(12):1508-17.
44. CNGOF La colposcopie Exploration du col utérin Fiche d'information en ligne pour les patientes, www.cngof.fr.
45. Monsonego J. Colposcopie : apport du test HPV en pratique clinique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* janv 2004;32(1):62-74.
46. Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* avr 1998;91(4):626-31.
47. Athanasiou A, Veroniki AA, Efthimiou O, Kalliala I, Naci H, Bowden S, et al. Comparative effectiveness and risk of preterm birth of local treatments for cervical intraepithelial neoplasia and stage IA1 cervical cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Oncol.* août 2022;23(8):1097-108.
48. Zhang L, Sauvaget C, Mosquera I, Basu P. Efficacy, acceptability and safety of ablative versus excisional procedure in the treatment of histologically confirmed CIN2/3: A systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 11 juin 2022;
49. Hurtado-Roca Y, Becerra-Chauca N, Malca M. Efficacy and safety of cryotherapy, cold cone or thermocoagulation compared to LEEP as a therapy for cervical intraepithelial neoplasia: Systematic review. *Rev Saúde Pública.* 54:27.
50. Conization of Cervix [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://atlasofpelvicsurgery.org/4Cervix/10ConizationOfCervix/chap4sec10.html>
51. WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention - NCBI Bookshelf.

52. Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, et al. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, part 2. *Cytopathol Off J Br Soc Clin Cytol.* févr 2009;20(1):5-16.
53. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale, Thésaurus, Collection recommandations et référentiels, INCa, décembre 2016.
54. Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol.* déc 1996;88(6):933-8.
55. Masamoto H, Nagai Y, Inamine M, Hirakawa M, Okubo E, Ishisoko A, et al. Outcome of pregnancy after laser conization: implications for infection as a causal link with preterm birth. *J Obstet Gynaecol Res.* oct 2008;34(5):838-42.
56. Svare JA, Andersen LF, Langhoff-Roos J, Jensen ET, Bruun B, Lind I, et al. The relationship between prior cervical conization, cervical microbial colonization and preterm premature rupture of the membranes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 23 oct 1992;47(1):41-5.
57. Cai L, Huang Y, Lin C, Liu G, Mao X, Dong B, et al. A comparison study of post-operative infection analysis of cold-knife conization and loop electrosurgical excision procedure for cervical high-grade squamous intraepithelial lesion. *Transl Cancer Res.* févr 2020;9(2):949-57.
58. Janthanaphan M, Wootipoom V, Tangsinmunkong K, Liabsuetrakul T. Comparison of success rate and complications of contour-loop excision of the transformation zone (C-LETZ) with cold knife conization (CKC) in high grade lesion (HGL) from colposcopic impression. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet.* déc 2009;92(12):1573-9.
59. Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaïdi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch P,

- et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 28 juill 2016;354:i3633.
60. Monti M, D'Aniello D, Scopelliti A, Tibaldi V, Santangelo G, Colagiovanni V, et al. Relationship between cervical excisional treatment for cervical intraepithelial neoplasia and obstetrical outcome. *Minerva Obstet Gynecol*. avr 2021;73(2):233-46.
61. Gatta LA, Kuller JA, Rhee EHJ. Pregnancy Outcomes Following Cervical Conization or Loop Electrosurgical Excision Procedures. *Obstet Gynecol Surv*. août 2017;72(8):494-9.
62. Zhang X, Tong J, Ma X, Yu H, Guan X, Li J, et al. Evaluation of cervical length and optimal timing for pregnancy after cervical conization in patients with cervical intraepithelial neoplasia. *Medicine (Baltimore)*. 4 déc 2020;99(49):e23411.
63. Aydogan Kirmizi D, Baser E, Demir Caltekin M, Onat T, Sahin S, Yalvac ES. Concordance of HPV, conventional smear, colposcopy, and conization results in cervical dysplasia. *Diagn Cytopathol*. 2021;49(1):132-9.
64. de Rycke Y, Tubach F, Lafourcade A, Guillo S, Dalichampt M, Dahlab A, et al. Cervical cancer screening coverage, management of squamous intraepithelial lesions and related costs in France. *PLoS ONE*. 13 févr 2020;15(2):e0228660.
65. Witt BL, Factor RE, Jarboe EA, Layfield LJ. Negative loop electrosurgical cone biopsy finding following a biopsy diagnosis of high-grade squamous intraepithelial lesion: frequency and clinical significance. *Arch Pathol Lab Med*. oct 2012;136(10):1259-61.
66. Pecourt M, Gondry J, Foulon A, Lanta-Delmas S, Sergent F, Chevreau J. Value of large loop excision of the transformation zone (LLETZ) without histological proof of high-grade cervical intraepithelial lesion: Results of a two-year

- continuous retrospective study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* juin 2020;49(6):101621.
67. Carrigg A, Teschendorf C, Amaro D, Weidner N, Tipps A, Shabaik A, et al. Examination of Sources of Diagnostic Error Leading to Cervical Cone Biopsies With No Evidence of Dysplasia. *Am J Clin Pathol.* 1 avr 2013;139(4):422-7.
68. Gilani SM, Mazzara PF. Cytohistologic correlation in premenopausal and postmenopausal women. *Acta Cytol.* 2013;57(6):575-80.
69. Ren H, Jia M, Zhao S, Li H, Fan S. Factors Correlated with the Accuracy of Colposcopy-Directed Biopsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Surg.* 1 févr 2022;35(2):284-92.
70. Cygler M. HPV + : pour la colposcopie, optez pour la qualité ! *Rev Medscape* 14072022.

VII. ANNEXES

Figure 1 : Algorithme de dépistage des 25-29 ans. (53)

FEMMES DE 25 À 29 ANS

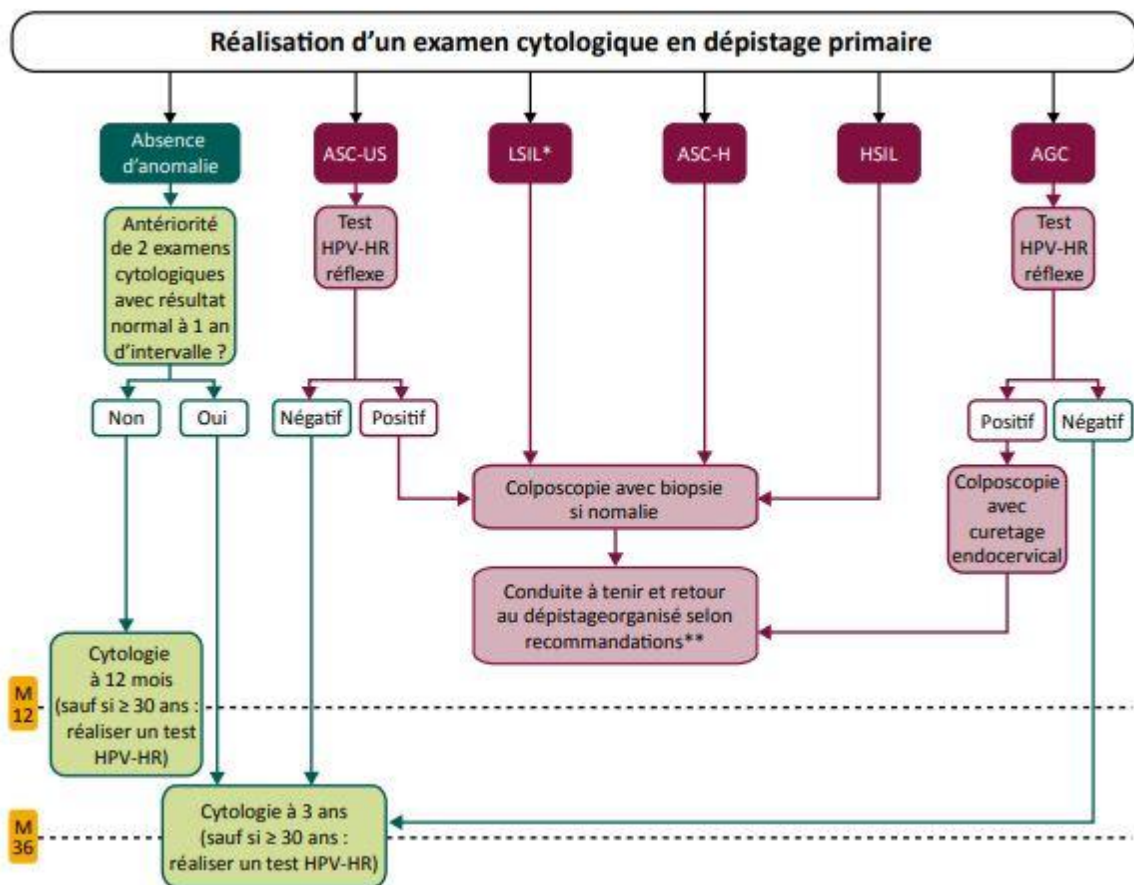


Figure 2 : Algorithme de dépistage des 30-65 ans. (53)

FEMMES DE 30 À 65 ANS

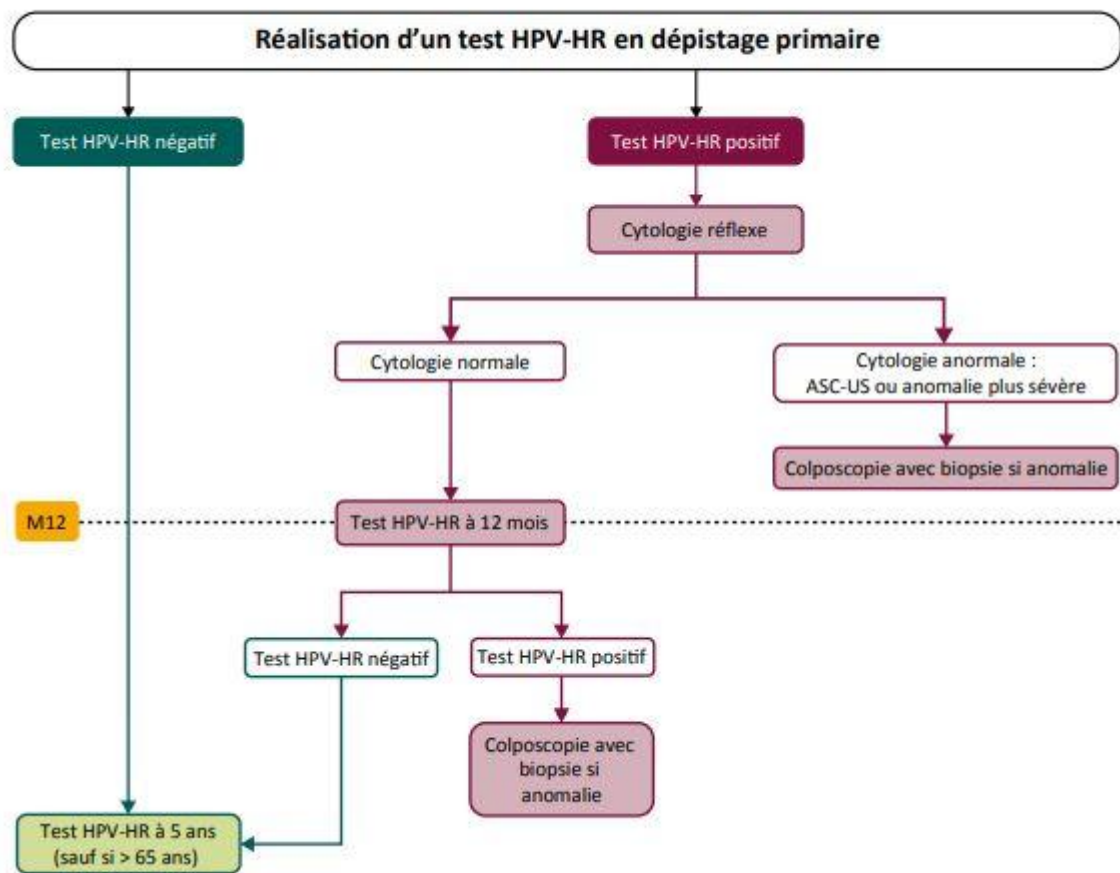
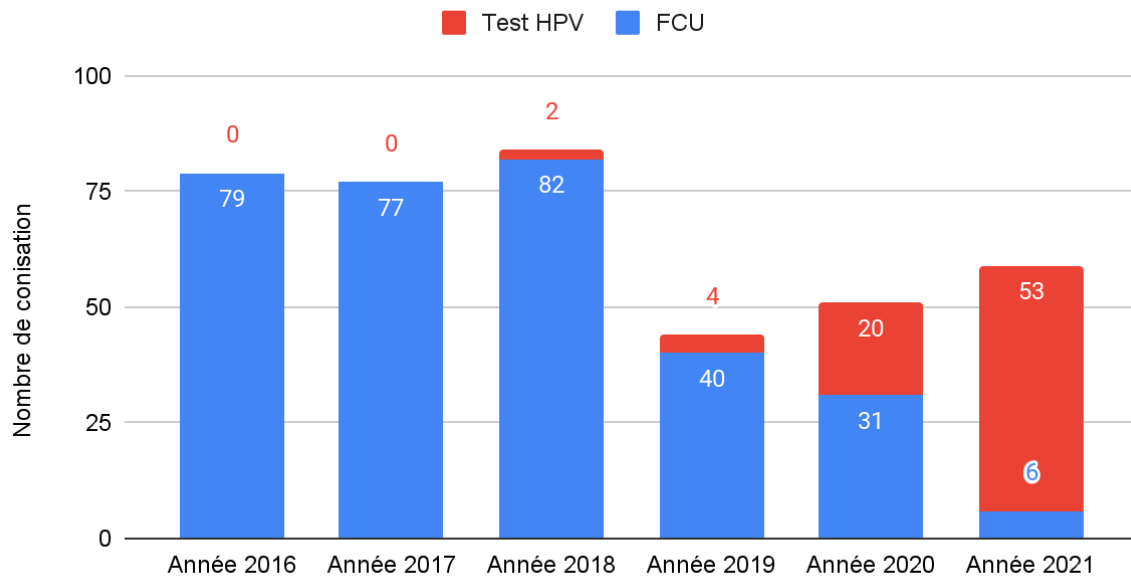


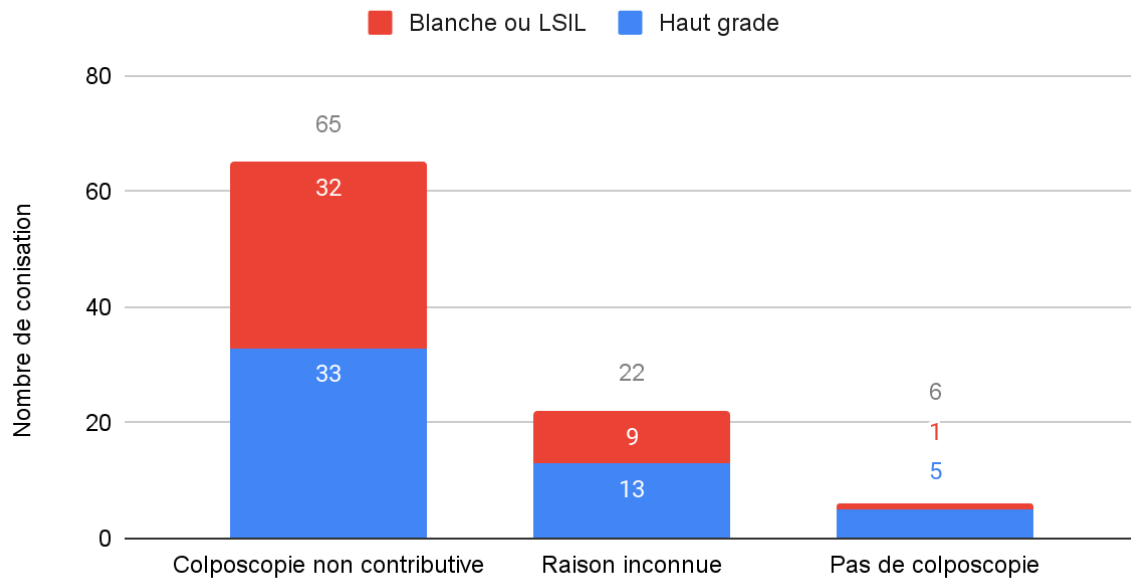
Figure 3 : Proportion de FCU et de test HPV ayant conduit à une conisation entre 2016 et 2021



| | HSIL + | LSIL- | Total (N=394) | p value |
|-------------------------|-------------|-------------|---------------|---------|
| Ménopause | | | | <0,001 |
| Non | 239 (86,2%) | 80 (70,8%) | 319 (81,8%) | |
| Oui | 38 (13,8%) | 33 (29,2%) | 71 (18,2%) | |
| Tabac | | | | 0,936 |
| Non | 156 (59,5%) | 63 (60,0%) | 219 (59,7%) | |
| Oui | 106 (40,5%) | 42 (40,0%) | 148 (40,3%) | |
| Immunodépression | | | | 0,756 |
| Non | 263 (93,9%) | 108 (94,7%) | 371 (94,2%) | |
| Oui | 17 (6,1%) | 6 (5,3%) | 23 (5,8%) | |
| Biopsie | | | | <0,001 |
| Non | 56 (19,6%) | 43 (37,7%) | 93 (23,6%) | |
| Oui | 229 (80,4%) | 71 (62,3%) | 301 (76,4%) | |

Tableau 1 : Proportions de conisations blanches en fonction des différents facteurs de risques

Figure 4 : Nombre de conisation n'ayant pas bénéficié d'une biopsie préopératoire



THÈSE SOUTENUE PAR : Louise VIGNALOU

TITRE :

SURTRAITONS-NOUS LES PATIENTES DEPUIS L'INTRODUCTION DU TEST HPV DANS LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN ? COMPARAISON DU TAUX DE CONISATION BLANCHE OU LSIL SELON LA MODALITÉ DE DÉPISTAGE : FCU OU TEST HPV. UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE UNICENTRIQUE

CONCLUSION:

Les modalités de dépistage du CCU de 30 à 65 ans ont changé en 2018 abandonnant le FCU au profit du test HPV en première ligne du fait de sa meilleure sensibilité pour la détection des lésions du col utérin. Cependant ce test présente une moins bonne spécificité que le FCU et la SFCPCV prévoit une augmentation du recours à la colposcopie entraînant un risque de surtraitement des patientes.

Dans notre étude, l'utilisation du test HPV dans le dépistage du CCU n'est pas associée à une augmentation du taux de conisation blanche ou LSIL comparé au dépistage par FCU.

Il sera probablement intéressant de renouveler l'analyse à l'heure de la généralisation du dépistage par test HPV, en y intégrant les résultats colposcopiques, afin d'explorer ce lien entre le risque de conisation blanche ou LSIL et le fait d'être ménopausée.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 6/6/22

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE


Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY


Pr. Didier RIETHMULLER

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”