



Faire le tour du col... le dépistage du cancer du col utérin

Anne Bhéreur et Stéphane Vanier

M^{me} Nicole Papin, 66 ans, qui a subi une hystérectomie en raison de léiomyomes, vient vous voir pour son examen gynécologique. Que faites-vous ?

Sa petite-fille de 17 ans, vierge, vient aussi vous consulter pour renouveler le contraceptif oral qu'elle prend pour traiter sa dysménorrhée. Faites-vous une cytologie du col ?

L'APPLICATION DE PROGRAMMES de dépistage du cancer du col utérin dans les pays développés a brillamment atteint sa cible. On évalue que ces programmes ont permis de sauver la vie de milliers de femmes. On va même jusqu'à proposer que la cytologie cervicale de Papanicolaou a permis d'éviter une véritable hécatombe

au Royaume-Uni, car l'absence de dépistage aurait emporté, selon les calculs, une femme sur 65 née depuis 1950¹. Néanmoins, on estime que 1440 Canadiennes ont reçu un diagnostic de néoplasie cervicale en 2005 et que 400 en sont décédées².

La littérature reconnaît que les prélèvements inadéquats comptent pour les deux tiers des erreurs de dépistage (les cellules ne se rendent jamais sur la lame). Quant au tiers restant, il est dû à des erreurs d'interprétation³. On comprendra donc la nécessité de réviser la technique de prélèvement⁴⁻⁹ (*encadré*).

La D^{re} Anne Bhéreur, omnipraticienne, exerce à l'unité de médecine familiale et aux soins palliatifs de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Le D^r Stéphane Vanier, omnipraticien, exerce aussi à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Ils sont tous deux chargés d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Tableau 1

Début du dépistage

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP) 1994¹¹

US Preventive Services Task Force (USPSTF) janvier 2003¹²

American Cancer Society (ACS) novembre 2002⁴

Après la coïtarche ou au plus tard à 18 ans.

Dans les trois ans suivant la coïtarche ou au plus tard à 21 ans.

Environ trois ans après la coïtarche ou au plus tard à 21 ans.

Pour revoir la physiopathologie du cancer du col et pour plusieurs statistiques sur le sujet, veuillez consulter l'article des D^{rs} Goggin et Steben¹⁰ dans le numéro de septembre 2005 du *Médecin du Québec*. Nous ne pouvions toutefois pas ne pas traiter à nouveau du sujet dans un numéro ayant pour thème la gynéco-oncologie.

Les recommandations canadiennes actuelles datent de plus de 10 ans et ne tiennent donc pas compte des nouvelles données sur le sujet. C'est pourquoi nous mettrons en parallèle les recommandations américaines, beaucoup plus récentes. Par ailleurs, l'American Cancer Society (ACS) présente des recommandations détaillées et étoffées, utiles pour le clinicien.

À quel âge faut-il commencer le dépistage ?

Le *tableau 1* contient les recommandations de trois organismes sur l'âge du début du dépistage du cancer du col de l'utérus. L'ACS estime qu'entreprendre

La littérature reconnaît que les prélèvements inadéquats comptent pour les deux tiers des erreurs de dépistage (les cellules ne se rendent jamais sur la lame).

Repère

Encadré

Technique de prélèvement de la cytologie cervicale

La qualité des échantillons prélevés pour la cytologie influe grandement sur les résultats. Un des critères pour qu'un échantillon soit considéré comme adéquat est la présence de cellules de la zone de transformation. Chez les jeunes femmes, cette zone se trouve habituellement près de l'ostium externe du col. Par contre, chez les femmes plus âgées, cette zone remonte progressivement dans le canal cervical et peut devenir plus difficile à atteindre.

Matériel de prélèvement

Les études révèlent que l'utilisation combinée de la spatule à pointe allongée et de la cytobrosse est la plus appropriée⁴⁻⁶. Il est important de noter que la spatule à pointe allongée est différente de la spatule d'Ayre traditionnelle, très répandue. L'utilisation de la cytobrosse chez la femme enceinte n'est pas recommandée par le fabricant, mais l'expérience clinique semble montrer qu'elle est sans danger⁴.

L'utilisation d'un coton-tige pour le prélèvement endocervical est déconseillée. Si le coton-tige est tout de même utilisé, on recommande de le mouiller avec une solution saline avant le prélèvement⁴. Il existe aussi certains dispositifs en une seule étape, comme le « balai cervical », qu'il faut utiliser en faisant cinq tours dans une seule direction (l'utilisation dans les deux sens pourrait mener à la perte de cellules)⁷.

Nettoyage du col

Il y a peu d'études sur le nettoyage préalable du col lors du prélèvement. Une étude dans laquelle un gros coton-tige était utilisé montre une diminution des échantillons non satisfaisants ou limités, avec une augmentation possible, mais non significative de ceux dont la cellularité est inadéquate⁸. Certains experts recommandent donc un nettoyage, surtout lorsqu'il y a beaucoup de sécrétions, mais il ne s'agit pas d'une pratique courante.

Conseils préalables à la patiente⁴

Certains médecins recommandent à la patiente les éléments suivants avant le prélèvement :

- autant que possible, ne pas fixer le rendez-vous durant la période menstruelle (ne pas retarder le prélèvement dans un contexte de saignements anormaux non évalués) ;
- dans les 48 heures avant l'examen, éviter :
 - les douches vaginales ;
 - les relations sexuelles vaginales ;
 - l'usage de tampons, de mousses spermicides, de crèmes vaginales.

Technique de prélèvement

1. Préparer le matériel et installer la patiente.
 2. Insérer le spéculum* et visualiser le col, ainsi que la zone de transformation lorsque c'est possible.
 3. Spatule (préférentiellement à pointe allongée) : faire une rotation de 360°.
 4. Cytobrosse : insérer jusqu'à peu près l'égalité de l'ostium externe du col si possible ou aux deux tiers ; faire une rotation de 90° à 180°.
 5. À noter que tant que les cellules sont sur la spatule ou la cytobrosse, elles risquent moins de sécher.
 6. Étendre côte à côte sur une seule lame.
 7. Vaporiser le fixatif le plus rapidement possible. Il est souvent utile de vérifier préalablement le bon fonctionnement du vaporisateur.
- Le prélèvement cervical doit être effectué avant le prélèvement pour le dépistage des ITS et avant l'examen bimanuel avec lubrifiant.

* Il est parfois plus facile d'insérer le spéculum après avoir appliqué un peu de lubrifiant hydrosoluble sur la portion externe des lames. En quantité minimale, le lubrifiant ne nuit pas au résultat⁹.

le dépistage trop tôt mène à une augmentation du diagnostic de lésions qui auront une régression spontanée. Par ailleurs, comme le cancer du col est à peu près exclusivement lié au virus du papillome humain (VPH), c'est le seul organisme qui précise qu'avec un counseling approprié, une femme qui n'a jamais eu de rela-

Il y a un consensus général selon lequel l'incidence de la néoplasie cervicale chez les femmes plus âgées se retrouve presque exclusivement chez celles qui n'ont pas eu de dépistage préalable ou chez qui le dépistage a été insuffisant.

Repère

Tableau II**Arrêt du dépistage**

GÉCSSP	USPSTF	ACS
69 ans	65 ans, si : <ul style="list-style-type: none"> ⊕ le dépistage antérieur récent est normal ⊕ la patiente ne présente pas un risque élevé (sans autres précisions) 	70 ans, choix d'arrêter si : <ul style="list-style-type: none"> ⊕ col intact ⊕ ≥ 3 cytologies consécutives normales et aucun résultat anormal entre 60 et 70 ans

Tableau III**Intervalle de dépistage**

GÉCSSP	USPSTF	ACS	ACOG ¹⁴
Tous les ans x 2 : si les résultats sont normaux, tous les trois ans	Intervalle maximal de 3 ans	<p>Jusqu'à 30 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Tous les ans pour une cytologie traditionnelle ⊕ Tous les deux ans pour une cytologie en milieu liquide <p>À partir de 30 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Si les résultats de trois cytologies consécutives sont normaux et adéquats = tous les trois ans <p>Exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Exposition au DES <i>in utero</i> ⊕ VIH ⊕ Immunodépression 	Facteurs de risque supplémentaires (pouvant justifier un dépistage annuel) : <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Antécédents de néoplasie cervicale ⊕ ITS (y compris infections à VPH) ⊕ Activités sexuelles à risque élevé (données limitées)

tions sexuelles pourrait décider de ne pas subir de dépistage. Le seuil de 21 ans a principalement été établi pour éviter que des femmes ayant des antécédents de sévices sexuels non mentionnés ou des antécédents sexuels non abordés ne soient pas dépistées^{4,11,12}.

Quand peut-on arrêter le dépistage ?

Le *tableau II* contient les recommandations sur l'âge auquel il est suggéré d'arrêter le dépistage. Chez les femmes de plus de 60 ans ayant subi un dépistage régulier, les lésions de degré élevé ou plus graves se retrouvent dans moins d'une cytologie sur mille¹³. Il y a un consensus général selon lequel l'incidence de la néoplasie cervicale chez les femmes plus âgées sont présentes presque exclusivement chez celles qui n'ont pas eu de dépistage préalable ou chez qui le dépistage a été insuffisant⁴.

Dans le cas d'une femme ayant eu un test positif pour le VPH dans le passé, l'ACS recommande le maintien du dépistage selon le contexte clinique de la patiente et son état de santé. Cette recommandation est égale-

ment valable pour les femmes immunodéprimées (chimiothérapie, transplantation, utilisation chronique de stéroïdes), séropositive pour le VIH ou ayant eu une exposition *in utero* au DES (diéthylstilbestrol).

Le même intervalle de dépistage pour toutes les femmes ?

Dans ses recommandations de 1994, contenues dans le *tableau III*, le GÉCSSP recommande de diminuer l'intervalle pour les femmes considérées comme ayant des facteurs de risque (coïtarque avant 18 ans, partenaires multiples, tabagisme, milieu socio-économique défavorisé¹⁴). Par ailleurs, l'ACS précisait plus récemment que les premières relations sexuelles à un âge plus jeune ou des partenaires multiples ne sont pas des facteurs pour maintenir le dépistage annuel. Les données sont insuffisantes quant au tabagisme. Dans les études analysées par cet organisme, il n'y a pas d'augmentation significative du risque en espaçant le dépistage aux trois ans. Le risque augmente par contre au-delà de cet intervalle. Si l'intervalle de dépistage est prolongé à

Tableau IV

Femmes ayant subi une hystérectomie

GÉCSSP

- ⊗ Non abordé

USPSTF

- ⊗ Pas de dépistage si l'indication de l'hystérectomie est de nature bénigne.
- ⊗ Le dépistage peut être indiqué si l'indication chirurgicale est inconnue.

ACS

- ⊗ Pas de dépistage si l'indication de l'hystérectomie est de nature bénigne.
- ⊗ Note : les lésions CIN II-III ne sont pas considérées comme bénignes.

Tableau V

Nouvelles méthodes

GÉCSSP (1995)

- ⊗ Dépistage du VPH au cours de l'examen médical périodique = exclusion (D).

USPSTF

- ⊗ Cytologie en milieu liquide/dépistage du VPH = preuves insuffisantes (I).

ACS

- ⊗ La cytologie en milieu liquide peut remplacer la cytologie traditionnelle (*tableau III*)
- ⊗ Pas de recommandations au sujet du dépistage du VPH.

trois ans, la peur du clinicien est de constater l'apparition d'une néoplasie agressive. Des études indiquent que cela est possible, mais que ce type de cancer agressif est rare et difficile à détecter par cytologie de toute façon, même lorsque l'intervalle est inférieur à deux ans¹⁵.

Par contre, lorsque le résultat de la cytologie révèle une absence de cellules de la zone de transformation ou un autre facteur limitant, l'ACS recommande de considérer une diminution de l'intervalle de dépistage.

Faut-il effectuer un dépistage chez la patiente ayant subi une hystérectomie ? (tableau IV)

À noter qu'il s'agit ici de recommandations pour les femmes ayant subi une hystérectomie avec exérèse du col. Les techniques chirurgicales actuelles et passées conservent parfois le col. En pareil cas, le dépistage doit se faire selon les recommandations habituelles.

Lorsqu'une cytologie est recommandée, le prélèvement est fait sur la voûte vaginale. Dans les cas d'hystérectomie (avec exérèse du col) pour indication bénigne, la cytologie de la voûte reviendrait à faire le dépistage du cancer vaginal, pour lequel il n'y

a pas de recommandation.

Lorsque l'indication de l'hystérectomie est une néoplasie intraépithéliale (CIN II-III), l'ACS recommande une cytologie (vaginale) tous les quatre à six mois jusqu'à l'obtention de trois résultats normaux consécutifs. Le dépistage peut ensuite être cessé.

Que faire dans ces situations particulières ?

Diéthylstilbestrol

Utilisé aux États-Unis entre 1938 et 1971 et au Canada entre 1941 et 1971 pour prévenir les avortements spontanés et les hémorragies en cours de grossesse, le DES est un œstrogène de synthèse non stéroïdien. Chez les femmes exposées *in utero*, le risque d'adénocarcinome du vagin est beaucoup plus élevé et survient à un âge moyen de 22 ans. Cette exposition augmente aussi les risques de complications durant la grossesse¹⁶.

Les données sont limitées quant au suivi de ces patientes, mais l'ACS recommande des cytologies du col utérin et de la voûte vaginale. Le dépistage devrait être maintenu à la suite d'une hystérectomie totale. Par ailleurs, les données sont peu nombreuses sur le suivi des enfants de ces patientes.

Dans les cas d'hystérectomie (avec exérèse du col) pour indication bénigne, la cytologie de la voûte reviendrait à faire le dépistage du cancer vaginal, pour lequel il n'y a pas de recommandation.

Repère

VIH

L'infection par le VIH augmente le risque de néoplasie du col. L'ACS recommande une cytologie aux six mois dans l'année suivant le diagnostic. Si le résultat est normal, un dépistage annuel est nécessaire par la suite.

Nouvelles méthodes

Les méthodes de dépistage modernes ne sont pas encore disponibles à grande échelle (tableau V). Veuillez consulter de nouveau l'article des D^{rs} Goggin et Steben¹⁰ qui traite du sujet de manière complète.

Et nos patientes...

Pour Nicole, qui a subi une hystérectomie pour léiomyomes, il s'agit d'abord de confirmer la présence ou l'absence du col utérin. Si le col est absent, le dépistage cytologique n'est plus nécessaire. En présence du col, le dépistage pourrait se faire tous les trois ans jusqu'à 69 ans ou même prendre fin selon les recommandations de l'USPSTF.

Quant à sa petite-fille, le dépistage du cancer du col n'est pas nécessaire tant qu'elle n'est pas active sexuellement, même si elle utilise des contraceptifs oraux.

IL EST PRIMORDIAL DE SE RAPPELER qu'au-delà des recommandations, le plus important est de rejoindre les femmes n'ayant pas eu de dépistage depuis longtemps ou même n'en ayant jamais eu, peu importe les nouvelles méthodes. Ce sont ces femmes qui présentent actuellement le plus de risques de mourir du cancer du col. De même, en espaçant les cytologies aux trois ans dans plusieurs cas, il est impératif de sensibiliser les patientes à l'importance du suivi. 🍷

Date de réception : 15 août 2005

Date d'acceptation : 9 novembre 2005

Mots-clés : dépistage du cancer du col utérin, test de Papanicolaou, technique de prélèvement

Bibliographie

1. Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet* 2004; 364: 249-56.
2. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer 2005. Toronto. Site Internet: www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86755361/18/13/399036039cw_stats_2005_fr.pdf
3. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD et coll. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytological abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000; 132: 810-9.

Summary

Cervical cancer screening. To date, the use of the Papanicolaou smear test for cervical cancer screening has been the most successful screening program in industrialized countries. It has saved thousands of lives. It is estimated that, in 2005, some 400 Canadians have died of the disease. Sampling mistakes account for two thirds of screening errors, so the correct procedure when performing the Pap smear test is very important and is described in this article.

The Preventive Health Care Guidelines from the Canadian Task Force date from 1994. Many American organisations have since published their own guidelines. They explain the procedure of when to initiate and when to stop the screening, the time intervals between Pap smear tests and some special situations. Some also provide information about new technologies (liquid-based cytology and human papillomavirus testing). Despite all the guidelines and new technologies, it is essential to remember that the women to be reached are the ones who have never been screened or have not for a long time. They are presently the ones who are at greater risks of dying from cervical cancer.

Keywords: cervical cancer screening, Pap smear test, sampling technique

4. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Harmon JE et coll. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 342-62.
5. Martin-Hirsch P, Jarvis G, Kitchener H, Lilford R. Collection devices for obtaining cervical cytology samples. *Cochrane Database Sys Rev* 2000 / mise à jour 2003; CD001036.
6. Martin-Hirsch P, Lilford R, Jarvis G, Kitchener HC. Efficacy of cervical-smear collection devices: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 1999; 354: 1763-70.
7. Arbyn M, De Cock R. A technical guideline: collection of adequate Pap smear of the uterine cervix. Dans: *Cervical cancer screening in the Flemish community*. 2001. pp. 37-41.
8. Kotaska AJ, Matisic JP. Cervical cleaning improves pap smear quality. *CMAJ* 2003; 169: 666-9.
9. Amies AME, Miller L, Lee SK, Koutsky L. The effect of vaginal speculum lubrication on the rate of unsatisfactory cervical cytology diagnosis. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 889-92.
10. Goggin P, Steben M. Dépistage du cancer du col: faire moins et mieux en même temps? *Le Médecin du Québec* 2005; 40 (9): 73-9.
11. Morrison BJ. Dépistage du cancer du col utérin. Dans: Goldbloom RB, Battista RN et coll, rédacteurs pour le Groupe d'étude canadien sur l'examen périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa: Santé Canada; 1994.
12. United States Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer. January 2003. Site Internet: www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm (Page consultée en août 2005).
13. Health Services/Technology Assessment Text. National Library of Medicine. Site Internet: www.ncbi.nlm.nih.gov (Page consultée en août 2005).
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for women's health care*, 2^e éd., ACOG, Washington DC: L'Association; 2002.
15. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003; 89: 88-93.
16. DES Action Canada. Facts about DES. Site Internet: www.web.net/~desact (Page consultée en août 2005).