



Dépistage des cancers pelviens



Conférence sur la santé de la femme
CPTS Paris 8, 9 et 17 Le 20 septembre 2022

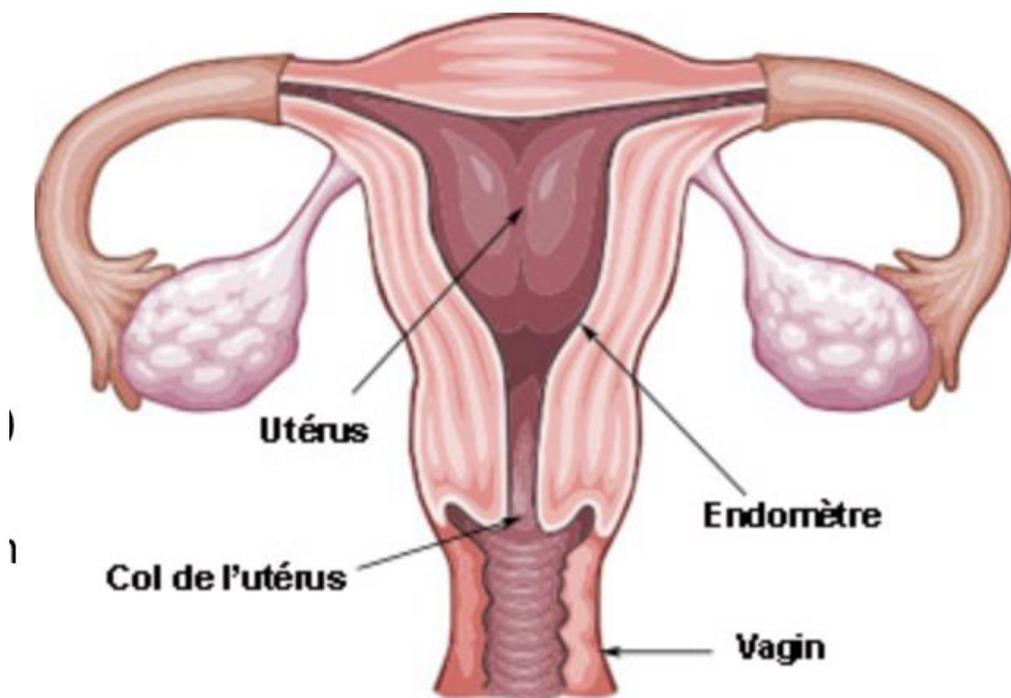
Dr Yohann DABI

C'est fréquent ? Pas vraiment...

5000 nouveaux diagnostics par an en France (K endomètre)
5000 nouveaux cas diagnostiqués par an en France (K ovaire)
3000 nouveaux cas diagnostiqués par an en France (K col utérin)

60 000 nouveaux cas diagnostiqués par an en France

1 femme sur 10



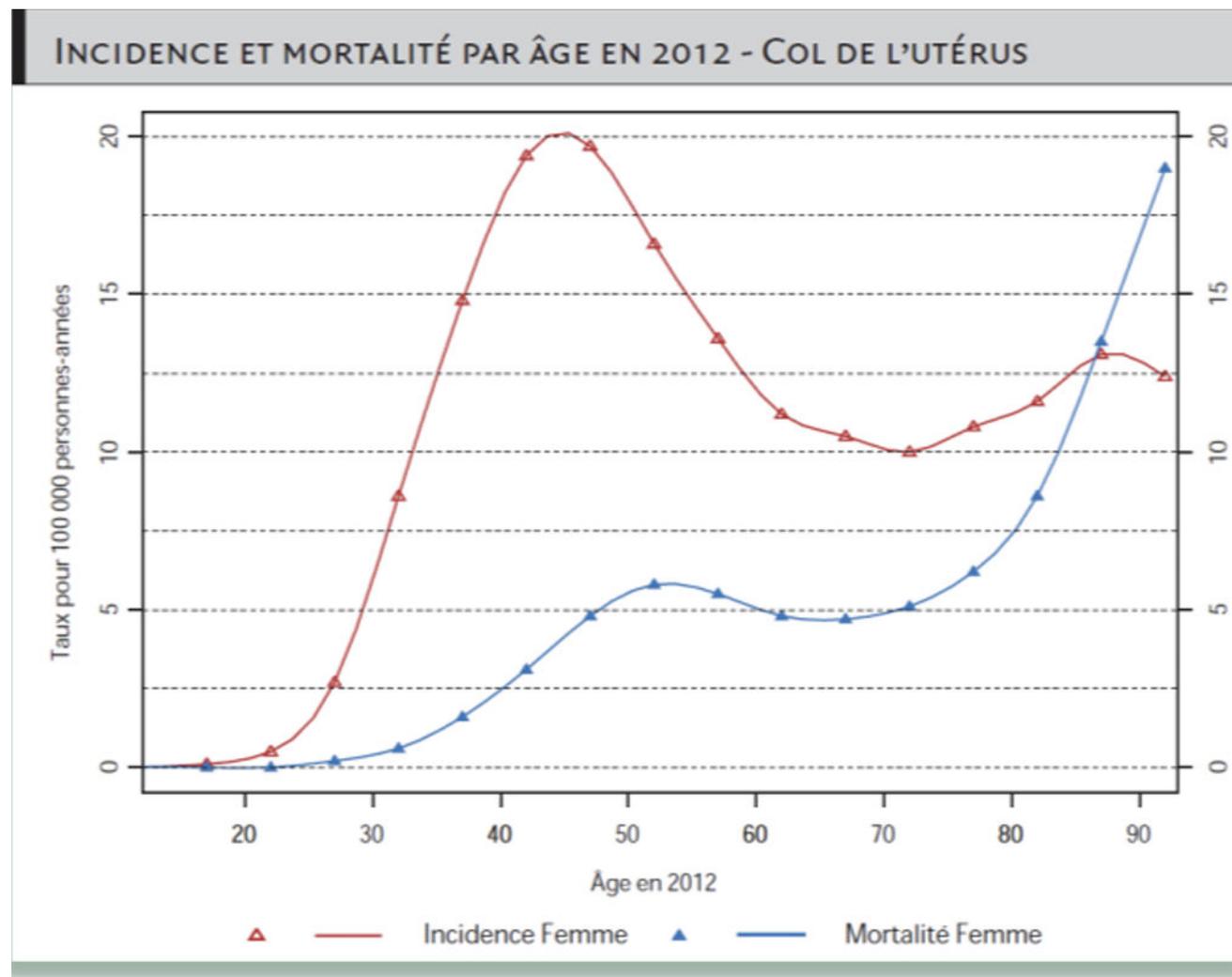
Pour tout le monde ou tout seul ?

Dépistage organisé (population)	Dépistage individuel
<ul style="list-style-type: none">• Relève d'un protocole de santé publique• Réalisé à l'initiative des pouvoirs publics• Sur des populations bien définies• Régulièrement évalué	<ul style="list-style-type: none">• Adapté à chaque individu• "Anarchique" par nature• Orienté selon ATCD et FDR spécifiques• Lissé à l'initiative des médecins• Non évalué
<ul style="list-style-type: none">• Cancer du col de l'utérus• Cancer du sein• Cancer colorectal	<ul style="list-style-type: none">• Prostate• Poumon• Endomètre ?

Quelles conditions pour réaliser un dépistage organisé ?

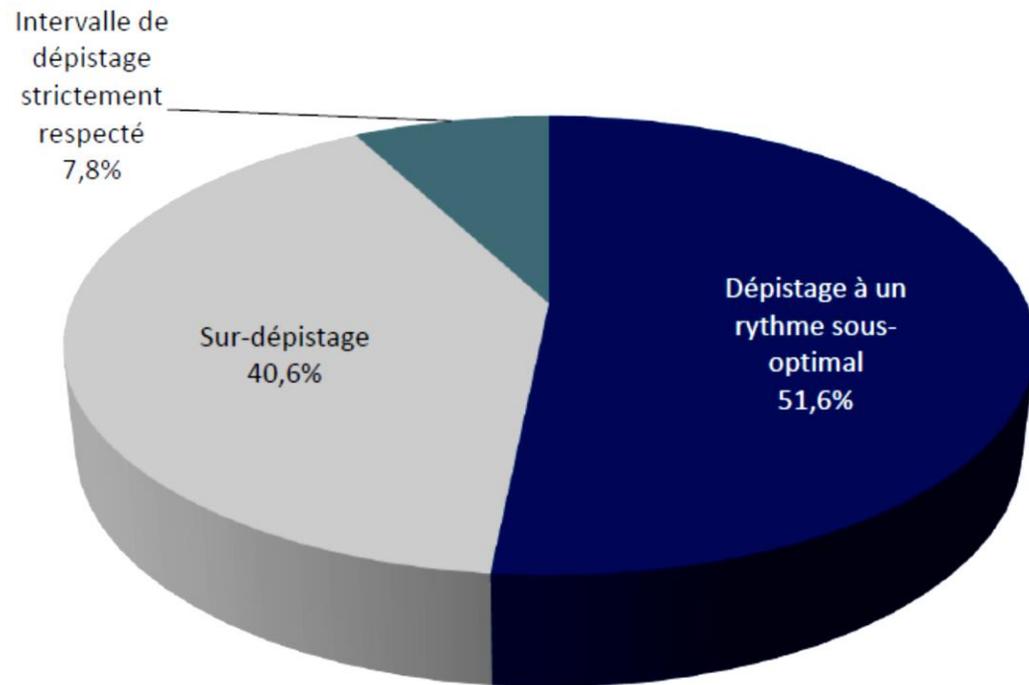
- Problème de santé publique (fréquence et gravité)
- Phase pré-clinique suffisamment longue
- Traitement efficace à stade précoce
- Test pour diagnostic précoce
- Test sensible et spécifique
- Accepté / Population concernée
- Tests répétés intervalles réguliers
- Bénéfice attendu > inconvénients physiques et psychiques engendrés
- Ce bénéfice doit compenser coût du test

Le Cancer du col utérin



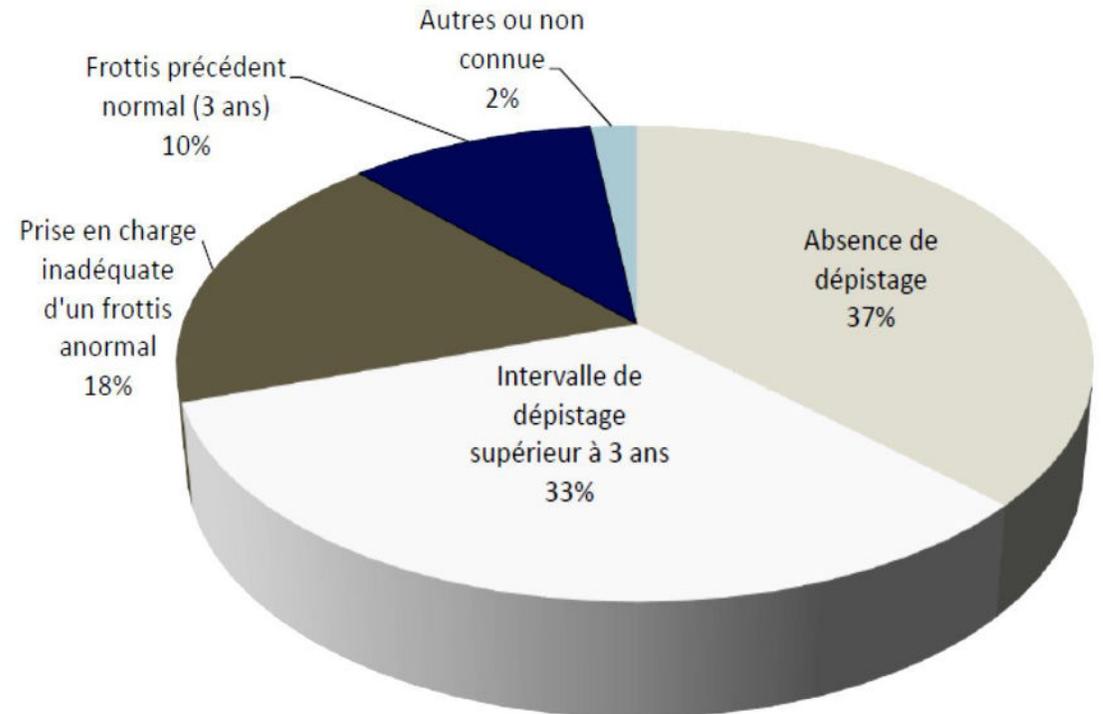
A.-S. Woronoff et al. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Col de l'utérus*

Pourquoi sommes nous là ce soir ?



Source : HAS 2010 d'après données de l'Assurance maladie (Echantillon général des bénéficiaires – EGB).

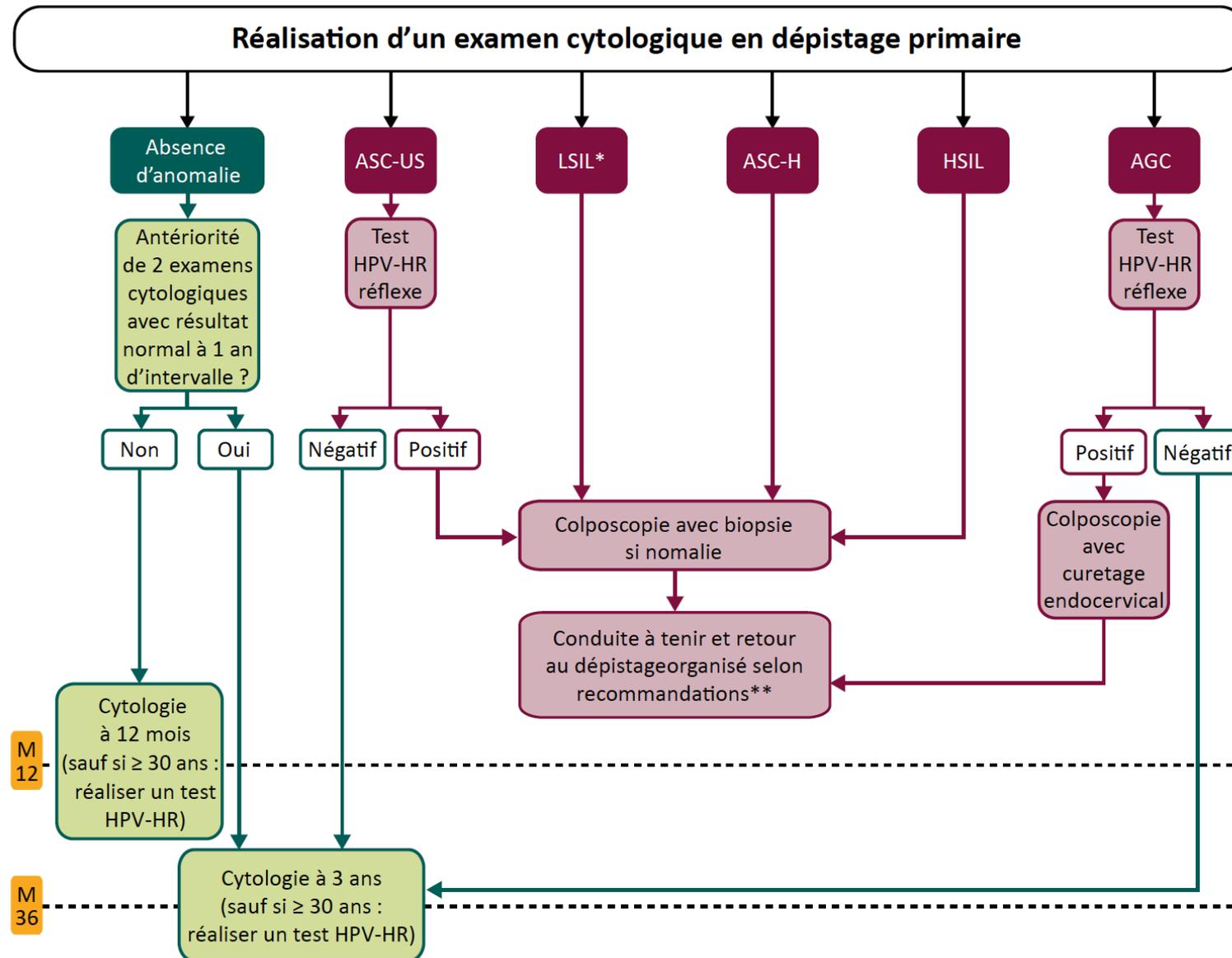
Circonstances d'un diagnostic de cancer du col de l'utérus



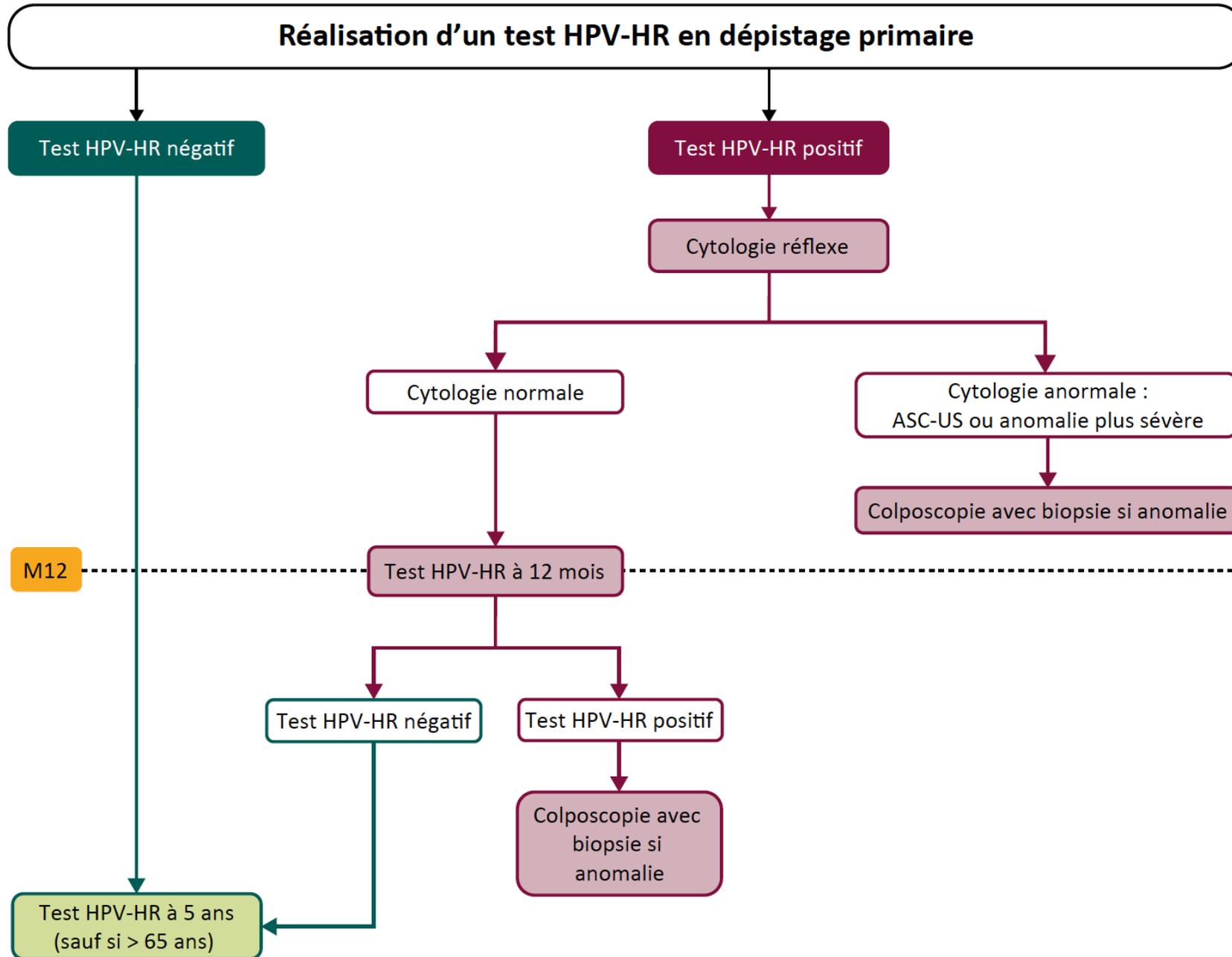
Source : INCa 2017 d'après données non publiées EVE, région Alsace-Grand Est.

Dépistage du cancer du col utérin

A partir de 25 ans !



De 30 à 65 ans



Pourquoi 2 schémas de dépistage différents ?

Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials

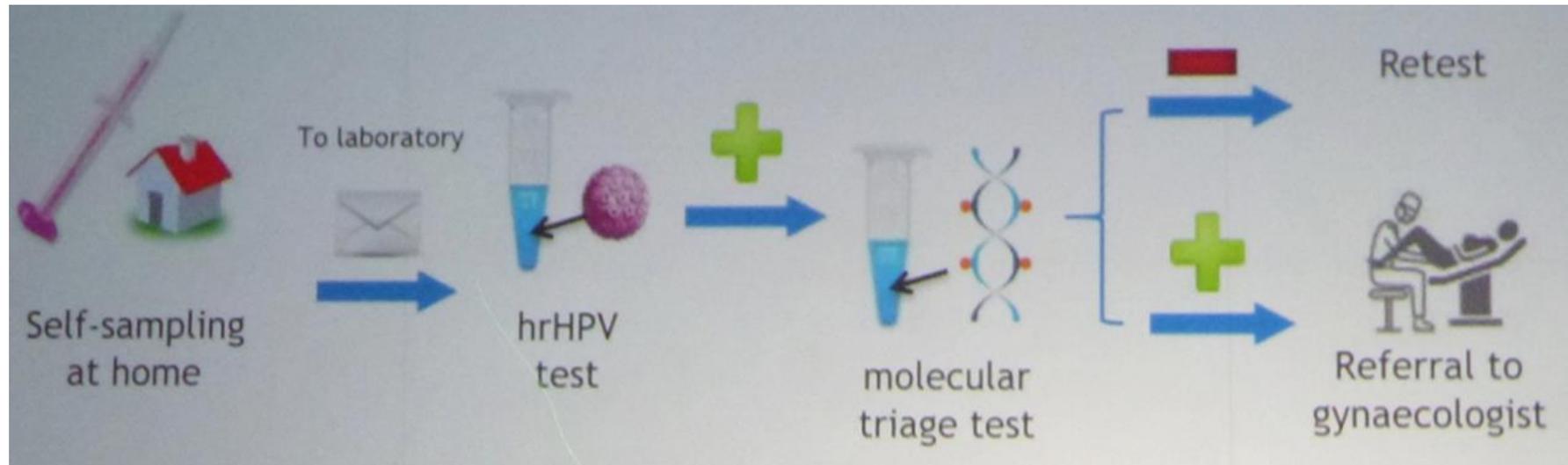


Guglielmo Ronco, Joakim Dillner, K Miriam Elfström, Sara Tunesi, Peter J F Snijders, Marc Arbyn, Henry Kitchener, Nereo Segnan, Clare Gilham, Paolo Giorgi-Rossi, Johannes Berkhof, Julian Peto, Chris J L M Meijer, and the International HPV screening working group*

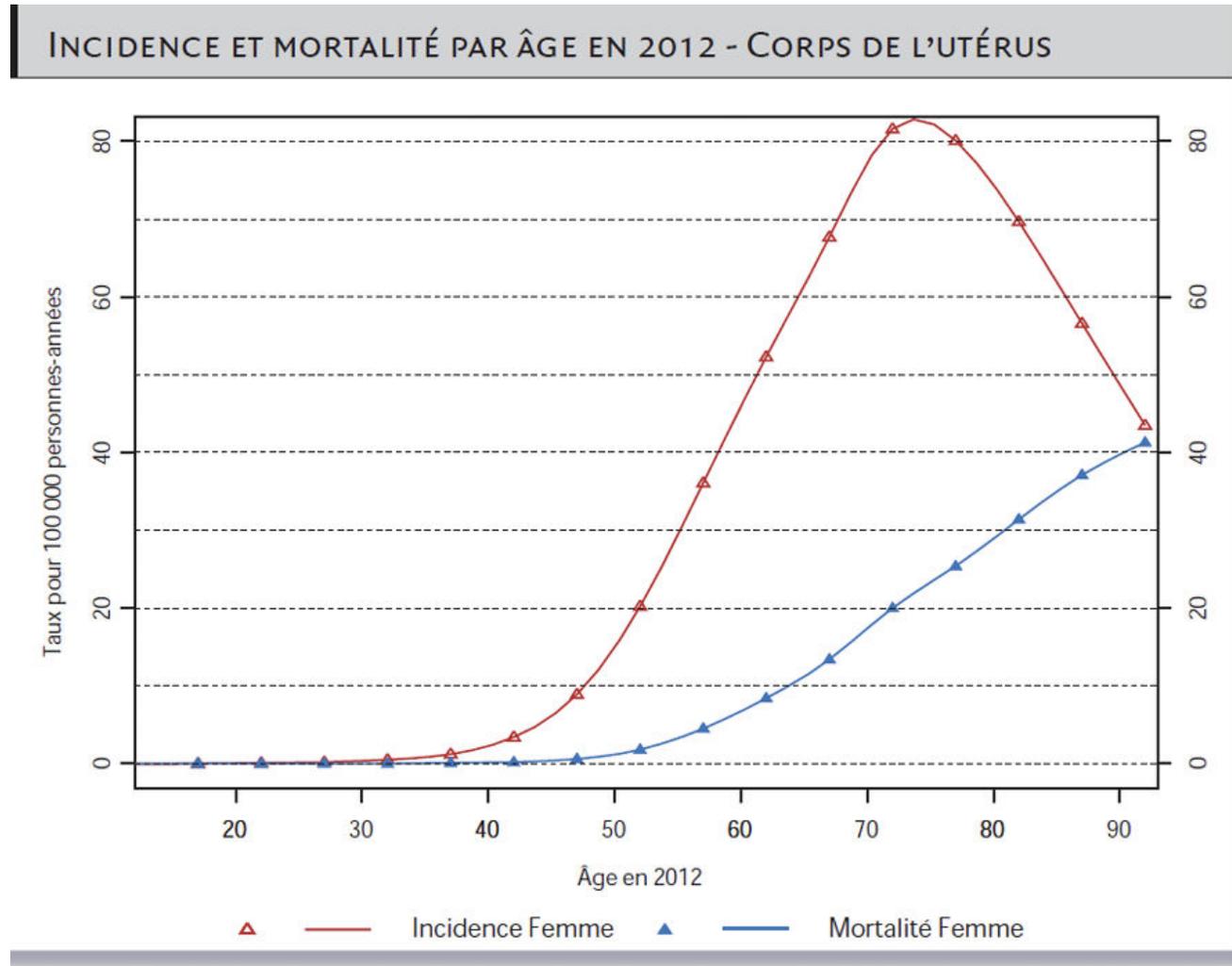
- Test HPV est plus efficace à détecter un précancer au premier tour de dépistage comparé à l'examen cytologique
- Risque de K à 3 ans après un test HPV nég, est 70% plus faible qu'après une cytologie négative
- Test HPV n'est pas plus performant que le frottis pour réduire l'incidence des carcinomes épidermoïdes (PRR : 0,78 ; IC à 95 % : 0,49-1,25) mais cette supériorité est par contre évidente pour les adénocarcinomes (PRR : 0,31 IC à 95 % : 0,14-0,69).
- Avant 30 ans, aucune réduction significative de l'incidence des cancers invasifs n'a effectivement été mise en évidence.
- La réduction d'incidence la plus importante a été observée chez les femmes de 30 à 35 ans (PRR : 0,36 IC à 95 % : 0,14-0,94).

L'auto-prélèvement vaginal ?

- Plus efficace pour atteindre les femmes, comparativement à l'envoi de lettres d'invitation ou de rappel.
- Très grande efficacité pour atteindre les populations sous-dépistées
- La proportion d'échantillons inadéquats pour un test HPV-HR est faible
- Quid de l'efficacité suivant un test HPV positif sur APV



Le cancer de l'endomètre : Pas de dépistage



A.-V. Guizard et al. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Corps de l'utérus*

Le syndrome de Lynch (HNPCC)

- Transmission autosomique dominante.
- **Déficienc e constitutionnelle du système MMR** (MisMatch Repair). Cette déficience entraîne une perte de fidélité de la réplication de l'ADN, touchant plus particulièrement **les microsatellites**

Syndrome de Lynch (en gynécologie):

- Risque de **cancer de l'endomètre à 70 ans** est de **33 %**
- Risque de **cancer de l'ovaire à 70 ans** de **9 %**.

Seule exception au dépistage

Une surveillance de l'endomètre dès l'âge de 30 ans

Au minimum, échographie endovaginale tous les 2 ans et prélèvement.

L'hystérectomie avec ovariectomie prophylactique peut être envisagée après accomplissement du projet parental (validation RCP spécifique)

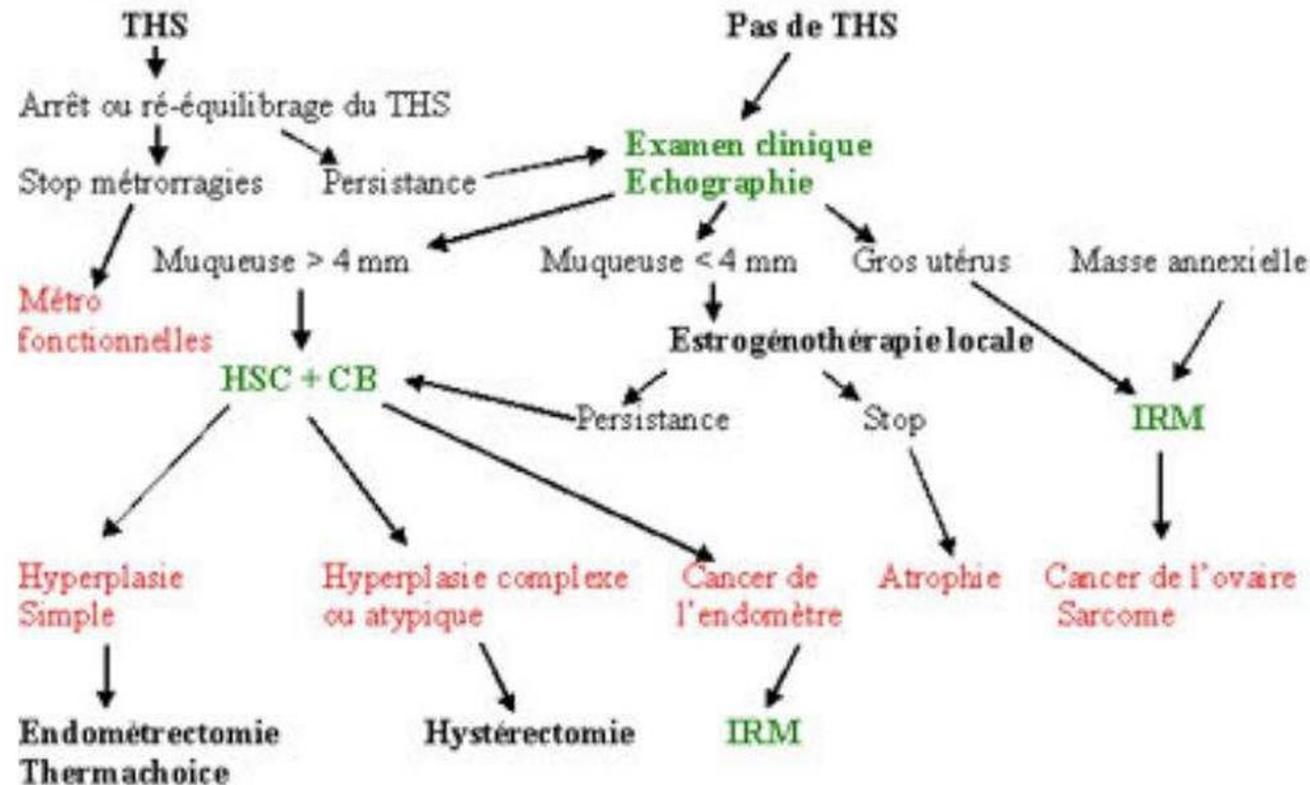
Chez une patiente opérée d'un cancer de l'endomètre, la recherche d'une instabilité des microsatellites au niveau tumoral est recommandée, lors de l'examen anatomopathologique des pièces opératoires :

- chez toutes les patientes avant 50 ans (cette recherche peut se discuter entre 50 et 60 ans)
- ou quel que soit l'âge chez une patiente dont un apparenté au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou du spectre Lynch

Toutes métrorragies chez une femme ménopausée est un **CANCER DE L'ENDOMETRE** jusqu'à preuve du contraire

Stratégie des investigations devant des ménométrorragies : patiente ménopausée

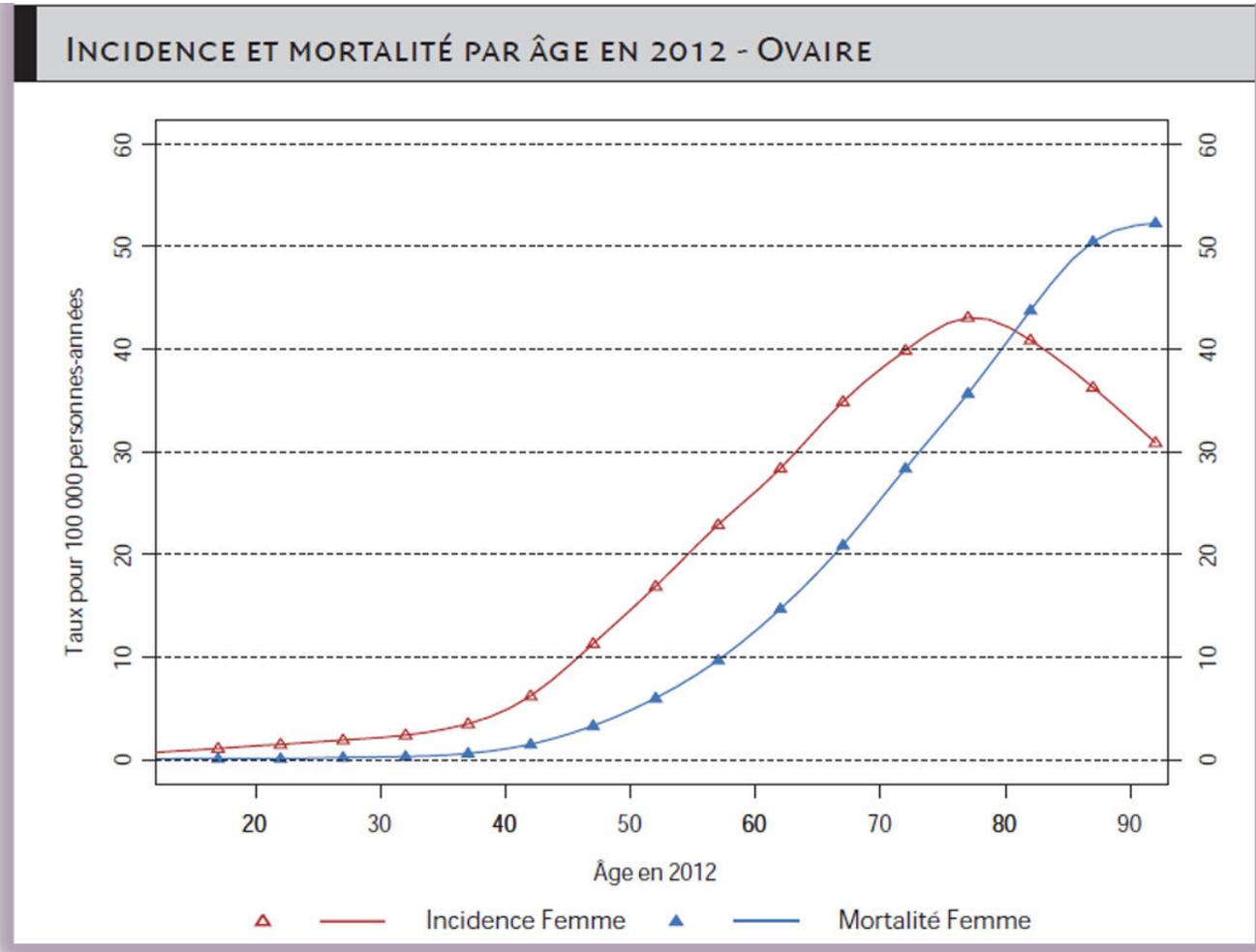
80% des patientes diagnostiquées au stade I



Surveillance des patientes après traitement

- **Examen clinique:**
 - Tous les 4 à 6 mois les 3 premières années
 - Puis tous les ans
- **Par qui?**
 - Le médecin traitant ou le gynécologue de ville
 - En alternance avec l'équipe référente les premières années
- **Pas d'indication à des examens d'imagerie ou frottis vaginaux systématiques**

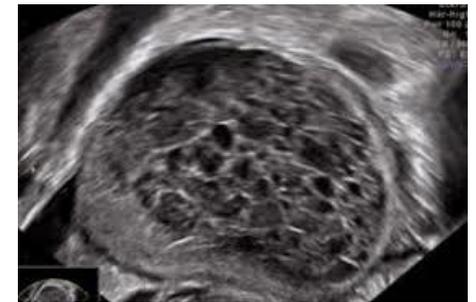
Le cancer de l'ovaire



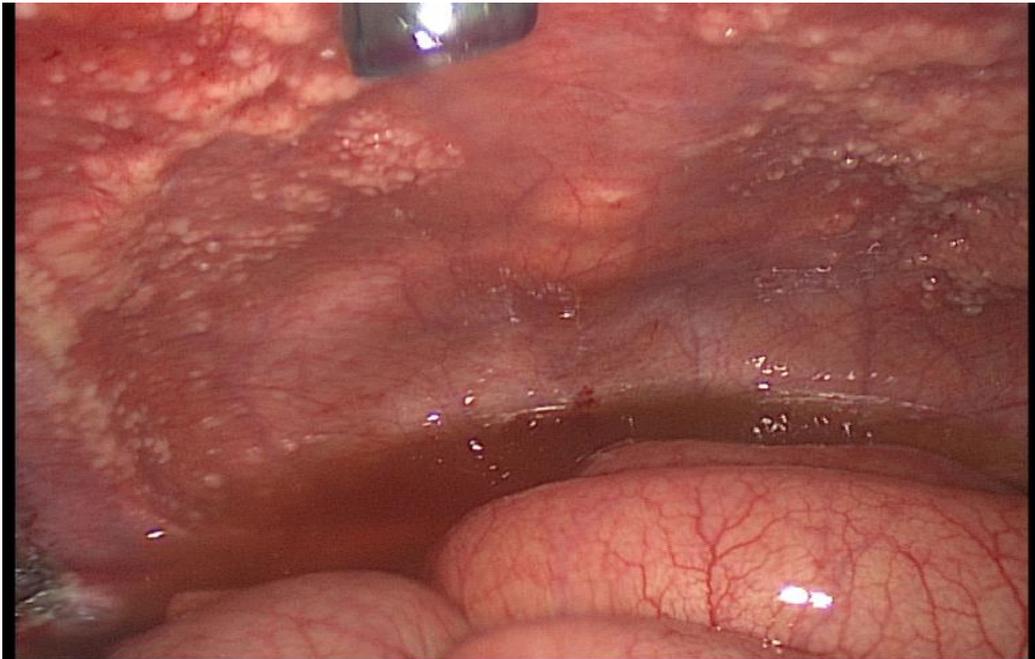
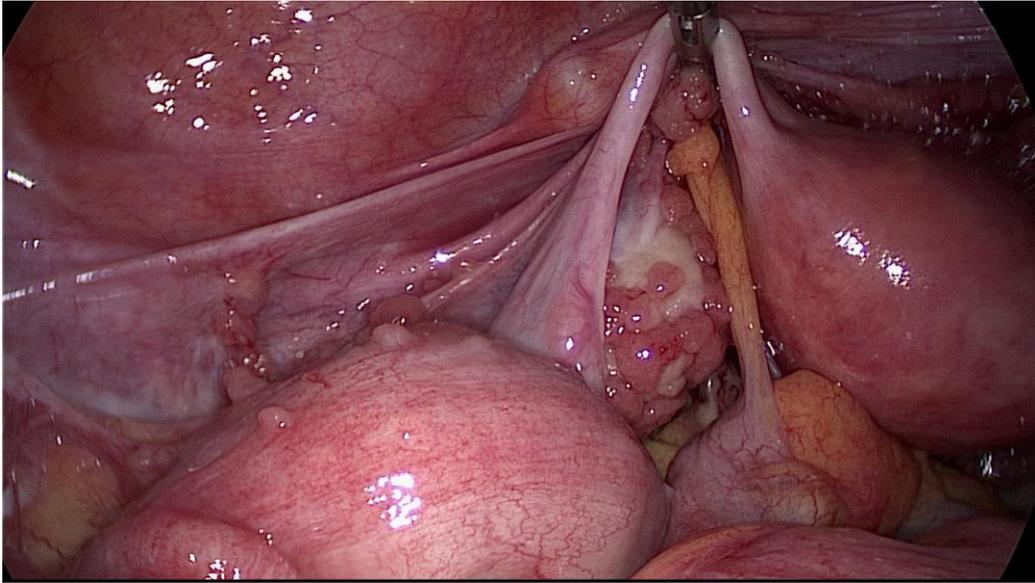
75% diagnostiquées à un stade avancé

Présentations cliniques très différentes

- Kyste/Masse symptomatique:
 - Augmentation de volume abdominal
 - Douleurs pelviennes
 - Palpation à l'examen clinique et confirmation échographique
 - Carcinose et ascite +++
 - Thrombose inaugurale
- Découverte Fortuite d'une masse échographique:
 - Réalisée pour métrorragies, gêne abdominale ou en routine
 - Echographe dans de nombreux cabinets gynécologiques
 - = prolongement de l'examen clinique



Exemples coelioscopiques





Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial

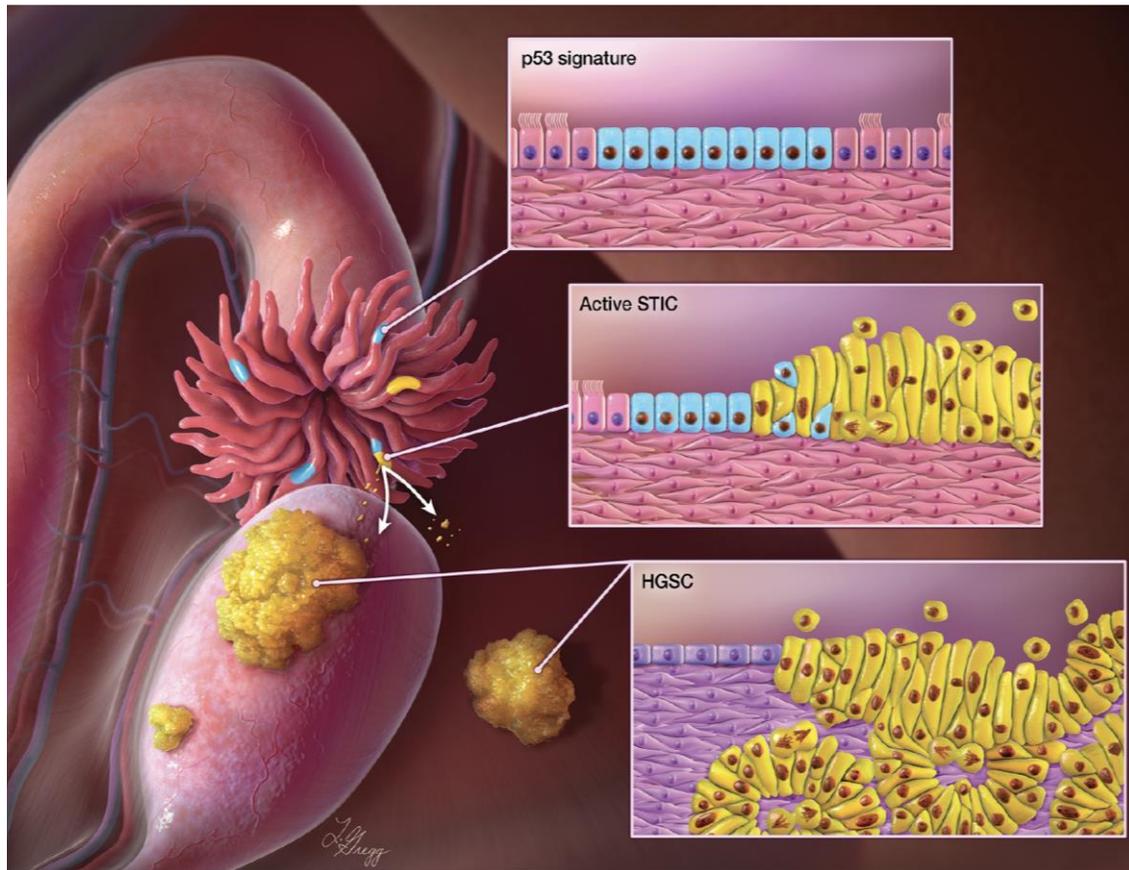


Usha Menon, Aleksandra Gentry-Maharaj, Matthew Burnell, Naveena Singh, Andy Ryan, Chloe Karpinskyj, Giulia Carlino, Julie Taylor, Susan K Massingham, Maria Raikou, Jatinderpal K Kalsi, Robert Woolas, Ranjit Manchanda, Rupali Arora, Laura Casey, Anne Dawnay, Stephen Dobbs, Simon Leeson, Tim Mould, Mourad W Seif, Aarti Sharma, Karin Williamson, Yiling Liu, Lesley Fallowfield, Alistair J McGuire, Stuart Campbell, Steven J Skates, Ian J Jacobs, Mahesh Parmar

Findings Between April 17, 2001, and Sept 29, 2005, of 1243 282 women invited, 202638 were recruited and randomly assigned, and 202562 were included in the analysis: 50 625 (25.0%) in the MMS group, 50 623 (25.0%) in the USS group, and 101 314 (50.0%) in the no screening group. At a median follow-up of 16.3 years (IQR 15.1–17.3), 2055 women were diagnosed with tubal or ovarian cancer: 522 (1.0%) of 50 625 in the MMS group, 517 (1.0%) of 50 623 in the USS group, and 1016 (1.0%) of 101 314 in the no screening group. Compared with no screening, there was a 47.2% (95% CI 19.7 to 81.1) increase in stage I and 24.5% (–41.8 to –2.0) decrease in stage IV disease incidence in the MMS group. Overall the incidence of stage I or II disease was 39.2% (95% CI 16.1 to 66.9) higher in the MMS group than in the no screening group, whereas the incidence of stage III or IV disease was 10.2% (–21.3 to 2.4) lower. 1206 women died of the disease: 296 (0.6%) of 50 625 in the MMS group, 291 (0.6%) of 50 623 in the USS group, and 619 (0.6%) of 101 314 in the no screening group. No significant reduction in ovarian and tubal cancer deaths was observed in the MMS ($p=0.58$) or USS ($p=0.36$) groups compared with the no screening group.

Interpretation The reduction in stage III or IV disease incidence in the MMS group was not sufficient to translate into lives saved, illustrating the importance of specifying cancer mortality as the primary outcome in screening trials. Given that screening did not significantly reduce ovarian and tubal cancer deaths, general population screening cannot be recommended.

De la lésion tubaire au cancer de l'ovaire



- Continuum **identifié** chez les femmes à haut risque (mutées BRCA 1 ou 2):
 1. **Signature p53**
 2. **STIC**
 3. **Carcinome séreux de haut grade**
- Également origine endométriale possible

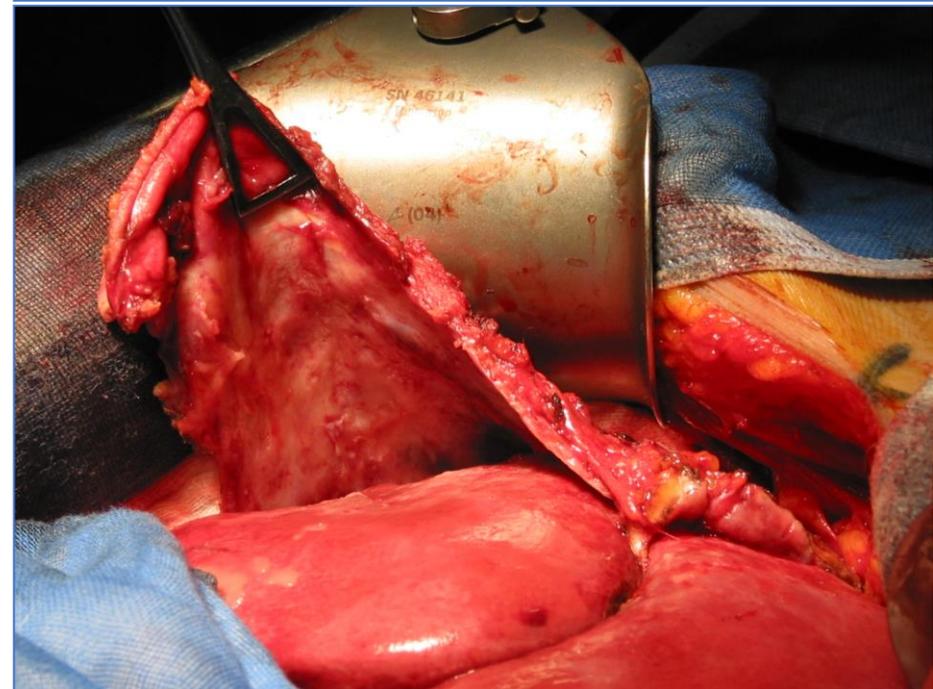
DISCUTER DE LA SALPINGECTOMIE PROPHYLACTIQUE

Chirurgie de cytoréduction complète ou debulking

DEBULKING

- Hystérectomie totale
- Annexectomie bilatérale
- Omentectomie
- Appendicectomie
- Résection de toutes les lésions visibles (digestives, coupoles, rate, douglas...)
- Curage pelvien et lombo-aortique si ADP palpable

Objectif = résidu tumoral nul++



MERCI DE VOTRE ATTENTION

