

Guide de pratique clinique
Prévention et dépistage du cancer
du col utérin (col de l'utérus) au
Nouveau-Brunswick

Réseau du cancer du
Nouveau-Brunswick

Message des Co-chefs de la direction du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB)

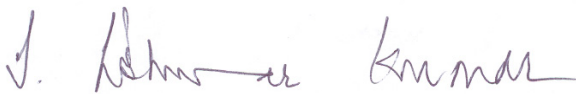
Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick reconnaît l'importance de la prévention et du dépistage dans l'allègement du fardeau du cancer chez la population du Nouveau-Brunswick. Traditionnellement, le dépistage du cancer du col utérin dans la province s'est effectué de manière opportuniste, motivé principalement par la relation entre une femme et son fournisseur de soins primaires. À la suite du dévoilement, en 2008, de la mise en œuvre du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin (PDCCU) au Nouveau-Brunswick, le RCNB a collaboré avec un comité de mise en œuvre comptant de multiples intervenants afin de dresser le plan du programme et de le mettre en place.

Grâce aux efforts du comité de mise en œuvre, nous avons le plaisir de vous présenter le Guide de pratique clinique: Prévention et dépistage du cancer du col utérin du Nouveau-Brunswick, notre première démarche dans la mise en œuvre d'un programme provincial de dépistage. Ce guide vise à aider les fournisseurs de soins de santé et les femmes à optimiser le dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick avant la mise en œuvre complète du Programme de dépistage du cancer du col utérin prévue pour 2013-2014. Le Guide de pratique clinique (GPC) a été élaboré à la lumière de recommandations fondées sur des données probantes, et il devrait être employé à titre de complément pour assurer une prise de décision clinique éclairée.

Nous remercions le groupe de travail sur les politiques du programme et les lignes directrices de la pratique clinique du comité de mise en œuvre, sous la direction du Dr Ed Reardon, pour avoir effectué l'examen de la documentation et l'adoption des lignes directrices. Nous aimerions recevoir vos commentaires et vos recommandations pour l'amélioration de ce rapport. Un formulaire d'évaluation est accessible sur le site Web du RCNB aux fins de suivi.

Nous anticipons avec impatience le jour où ce nouveau guide deviendra la norme pour la pratique au Nouveau-Brunswick.

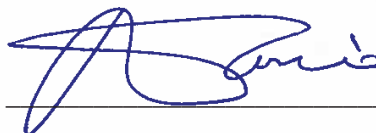
Nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Dr. S. Eshwar Kumar

Co-chef de la direction

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick



Dr. Réjean Savoie

Co-chef de la direction

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

Table des matières

Cancer du col utérin (col de l'utérus)	2
Introduction	2
Évolution naturelle de la maladie et facteurs de risque	3
Prévention et dépistage	4
Programme d'immunisation contre le VPH	4
Programme de dépistage organisé	4
Répertoire de données du PDCCU	6
Guide de pratique clinique : Prévention et dépistage du cancer du col utérin (col de l'utérus) au Nouveau-Brunswick	7
Introduction	7
Structure du PDCCU	7
Mandat du groupe de travail sur les politiques du programme et les lignes directrices de la pratique clinique	7
Objectif des lignes directrices	7
Membres du groupe de travail	7, 8
Recommandations du Guide de pratique	10
Début du dépistage	10
Intervalle de dépistage	10
Arrêt du dépistage	10
Outils de dépistage optimal du cancer du col utérin	10
Circonstances de dépistage optimal	11
Dépistage du cancer du col utérin pour les femmes ayant des circonstances particulières	11
Prise en charge optimale	11
ASCUS	11, 12
LSIL	12, 13
AGC	13
ASC-H	13
HSIL	13
Carcinome épidermoïde, adénocarcinome ou autres malignités	13
Résultats non satisfaisants	13
Déclarations qualitatives	13
Limites du dépistage	14
Prélèvement optimal	14
Références	15
Annexe 1	16

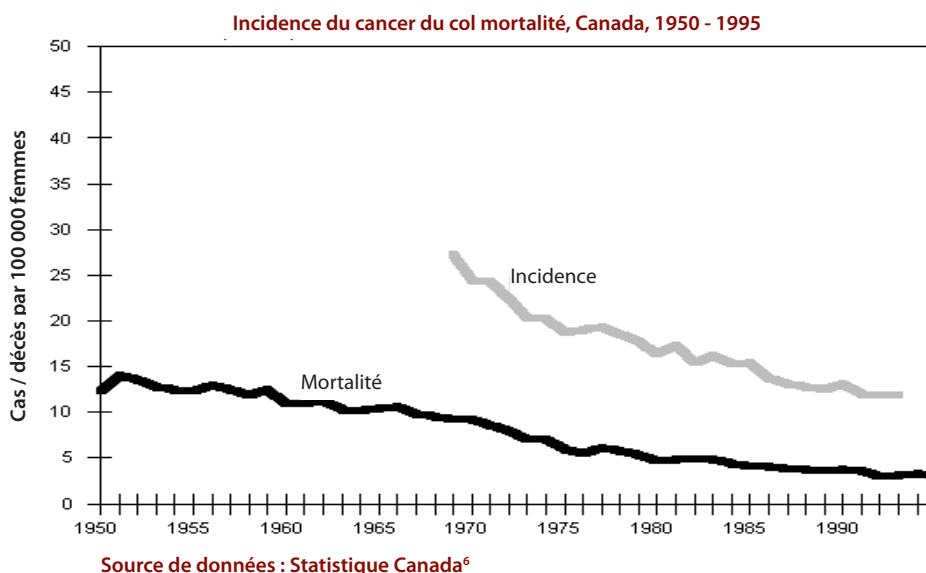
Cancer du col utérin (col de l'utérus)

Introduction

Au Canada, le cancer du col utérin se classe au 12^e rang des cancers les plus souvent diagnostiqués chez les femmes. En 2011, on estime que 1 300 femmes développeront un cancer du col utérin et que 350 femmes en mourront⁵. En l'absence du dépistage, on estime que la probabilité de développer un cancer du col utérin au cours de la vie est de 1 sur 28 comparativement à la probabilité réelle actuelle de 1 sur 150 au Canada².

Au cours des derniers 30 ans, on a observé une diminution constante de l'incidence du cancer du col utérin et des taux de mortalité suivant l'introduction du test de Papanicolaou (Pap) au Canada en 1949, comme le montre la figure 1.

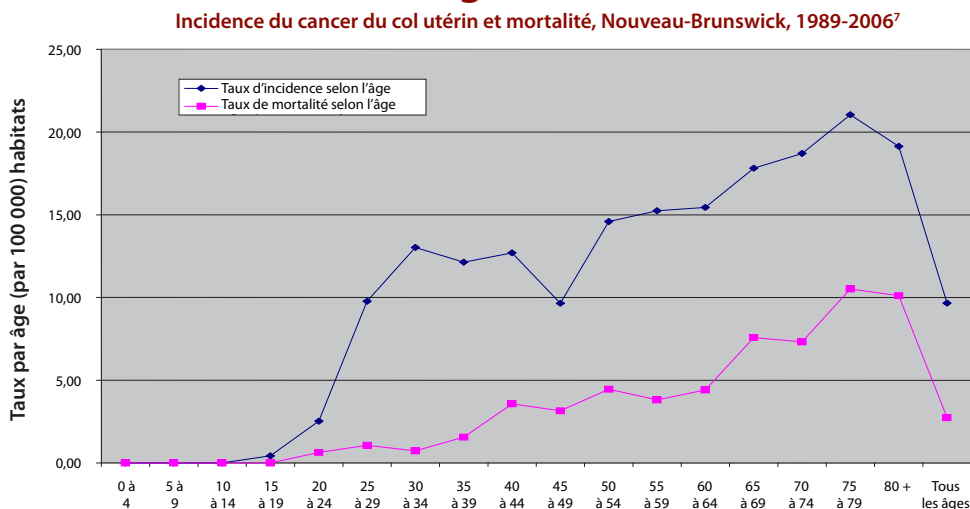
Figure 1 :



Chaque année, au Canada, les activités de dépistage permettent de sauver au-delà de 1 000 vies et de prévenir des milliers de cas de cancer invasif du col utérin⁶.

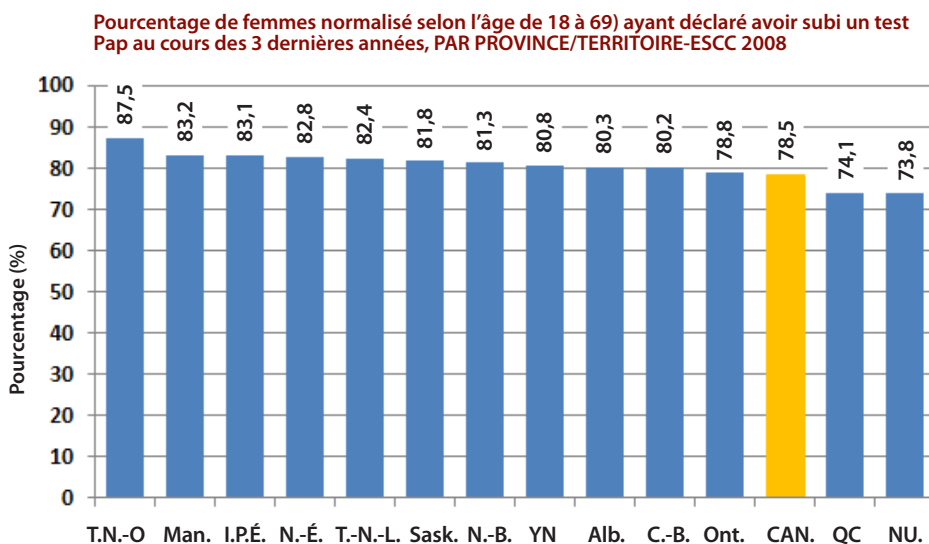
Au Nouveau-Brunswick⁷, les taux d'incidence et de mortalité de tous les groupes d'âge suivent la tendance nationale, comme l'indique la figure 2.

Figure 2 :



Malgré le taux de participation déclarée par les patientes relativement élevé au Nouveau-Brunswick, comme l'indique la figure 3, les taux d'incidence et de mortalité n'ont pas changé au cours des dix dernières années.

Figure 3 :



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ¹²

À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick ne dispose pas des antécédents de dépistage des femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer invasif du col utérin. Toutefois, d'autres provinces, comme la Colombie-Britannique, le Manitoba et l'Alberta, indiquent que la plupart des femmes ayant reçu un tel diagnostic n'avaient pas eu de dépistage dans les cinq années précédant le diagnostic.

Évolution naturelle de la maladie et facteurs de risque

L'infection par le virus du papillome humain (VPH) de type hautement cancérigène est le principal agent étiologique du développement du cancer du col utérin⁹. Bien que les infections VPH ne soient pas rares (la prévalence cumulative au cours de la vie de l'infection à risque élevé est de près de 80 pour cent²), la plupart disparaîtront sans signe ni symptôme. Chez les personnes ayant une infection persistante, il s'écoule en moyenne 24 mois avant qu'une infection au VPH à risque élevé ne provoque une lésion précancéreuse, et de 8 à 12 ans avant qu'elle n'entraîne un cancer invasif du col utérin⁹.

Les lésions précancéreuses sont classées en lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade et de haut grade (LSIL et HSIL). La plupart des LSIL semblent guérir spontanément et évoluent rarement en carcinome invasif du col utérin. À l'inverse, environ 13 pour cent des HSIL non traitées évolueront en carcinome invasif du col utérin². Les carcinomes épidermoïdes représentent entre 80 et 90 pour cent des malignités du col utérin, le reste étant principalement des adénocarcinomes².

Les déterminants clés pour l'infection VPH chez les femmes sont le nombre de partenaires sexuels, l'âge des premières relations sexuelles ainsi que la probabilité que leurs partenaires soient infectés par le VPH selon la mesure de leur comportement sexuel².

Les femmes dont les partenaires utilisent toujours un condom présentent un plus faible risque de développer une infection VPH. Par contre, comparativement aux infections transmises sexuellement (ITS) par les sécrétions génitales, les condoms offrent une protection réduite contre les infections qui sont transmises par le contact avec une peau ou des surfaces muqueuses infectées, comme le VPH. Ces régions ne sont pas toujours recouvertes ou protégées par le condom².

Les femmes avec une immunodéficience courent un risque plus élevé de contracter une infection VPH, qui risque davantage de persister. Par exemple, les femmes porteuses du VIH peuvent être jusqu'à dix fois plus susceptibles d'être infectées par le VPH que les sujets séronégatifs pour le VIH².

Les femmes atteintes de problèmes de santé associés à une immunodéficience, tels que le lupus érythémateux disséminé, une maladie inflammatoire intestinale, un cancer ou une greffe, courent également un risque plus élevé de développer des lésions précancéreuses de haut grade². Les femmes atteintes de cancer qui reçoivent de la chimiothérapie peuvent être temporairement immunosupprimées durant le traitement. Selon les études, après les traitements contre le cancer, le rétablissement de la fonction immunitaire peut varier selon le type de traitement adjuvant subi, mais revient généralement à la normale¹⁶.

Entre 1940 et 1971, un certain nombre de femmes enceintes ont reçu du diéthylstilboestrol (DES) pour prévenir les avortements spontanés. Le risque de développer un adénocarcinome à cellules claires du vagin et du col utérin chez les femmes dont la mère a pris du DES pendant la grossesse est de un sur mille².

Le plus grand facteur de risque de cancer du col utérin chez les femmes atteintes d'une infection VPH persistante est un dépistage du cancer du col utérin inadéquat. Le tabagisme à lui seul entraîne un risque au moins deux fois plus élevé de cancer du col utérin, tout comme le fait d'avoir de nombreux enfants².

Prévention et dépistage

Programme d'immunisation contre le VPH

Le vaccin contre le VPH a été approuvé par Santé Canada en 2007 pour les femmes âgées de 9 à 26 ans, avant le début des activités sexuelles, pour la prévention des infections VPH, qui sont à l'origine de 70 pour cent des cas de cancer du col utérin. Même après avoir reçu le vaccin, toutes les femmes sexuellement actives doivent avoir des tests Pap réguliers, car le vaccin ne prévient pas tous les types d'infection VPH qui causent le cancer du col utérin.

Au Nouveau-Brunswick, le taux d'acceptation du vaccin dans le cadre du programme scolaire (filles de la 7^e année) était de 71 pour cent en 2009-2010¹³. Il n'existe actuellement aucun moyen de recueillir des données sur la population vaccinée en dehors du programme scolaire.

Le comité de mise en œuvre du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin (PDCCU) examine les possibilités d'établir des liens entre le répertoire de données du PDCCU et différentes bases de données administratives, comme la base de données de l'Assurance-maladie et la base de données du Système d'information sur les médicaments afin de permettre une collecte de données plus complète sur la population vaccinée contre le VPH.

Programme de dépistage organisé

Au Nouveau-Brunswick, avant la mise en œuvre du PDCCU, le dépistage du cancer du col utérin s'effectuait de manière opportuniste. Au Nouveau-Brunswick il y a environ 254 400 femmes âgées de 20 à 69 ans¹⁵. Selon les données fournies par les laboratoires du Nouveau-Brunswick en 2008, quelque 150 000 tests Pap et 10 000 colposcopies sont réalisés annuellement. Quatre-vingt-dix pour cent des tests Pap sont normaux ou négatifs pour ce qui est des lésions précancéreuses. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2008 indique qu'environ 20 pour cent des Néo-Brunswickoises n'avaient pas eu de dépistage au cours des trois années précédentes¹³.

- Les femmes qui n'ont jamais ou n'ont pas régulièrement eu de dépistage sont celles qui courent le plus grand risque de cancer du col utérin².
- L'amélioration de la couverture pour le dépistage du cancer du col utérin permettra de réduire la mortalité, peu importe la technologie utilisée².
- On a montré que la continuité de la relation entre la femme et son fournisseur de soins de santé accroît la participation au dépistage du cancer du col utérin².
- Une *avis de la part du médecin de la femme ou d'un autre fournisseur de soins de santé* lui conseillant d'avoir un dépistage du cancer du col utérin constitue l'une des stratégies de recrutement les plus efficaces. Selon des données probantes, le fait de communiquer avec les patientes lorsqu'elles doivent avoir un dépistage et le fait de marquer le dossier des femmes dont le dépistage est en retard sont les méthodes qui fonctionnent le mieux lorsqu'elles sont utilisées conjointement.²

- Les lettres d'invitation et de rappel rédigées et envoyées par un programme de dépistage organisé sont également des stratégies de recrutement efficaces². Le PDCCU du Nouveau-Brunswick espère fournir ce service à l'exercice 2013-2014.

La mise en œuvre du PDCCU organisé assurera que le dépistage, le suivi et le traitement seront accessibles et fournis de façon uniforme. Les éléments d'un programme de dépistage organisé sont les suivants :⁹

- population cible définie;
- stratégies permettant d'assurer une couverture élevée;
- établissements cliniques et laboratoires adéquats;
- programmes de contrôle de la qualité dans les laboratoires;
- établissements pour les services de diagnostic, de traitement et de suivi des anomalies;
- système d'aiguillage établi;
- évaluation et surveillance du programme à l'aide d'indicateurs de rendement.

La mise en œuvre du PDCCU organisé à l'échelle de la population au Nouveau-Brunswick, dirigée par un comité de mise en œuvre multidisciplinaire, sera réalisée sur une période de trois ans. Les intervenants sont les suivants :

- gynécologue oncologue;
- radio-oncologue;
- pathologiste;
- gynécologue;
- médecin de famille;
- infirmière praticienne;
- infirmière gestionnaire de centres de santé communautaires;
- directeurs administratifs de laboratoires;
- chefs cytotechnologistes;
- spécialistes des technologies de l'information;
- conseillère des services de laboratoires du ministère de la Santé;
- gestionnaire de projet en technologies de l'information;
- épidémiologiste;
- coordonnatrice de la gestion de la qualité et de la responsabilisation;
- coordonnatrice du dépistage du cancer;
- infirmière de la Santé publique.

Voici les objectifs du PDCCU :

- établir des protocoles et des lignes directrices;
- accroître l'accès des femmes n'ayant jamais eu de test de dépistage ou en ayant eu à une fréquence inférieure à celle recommandée;
- réduire le nombre de dépistages annuels des femmes pour qui les résultats des tests Pap sont normaux;

- normaliser le suivi des femmes qui ont des résultats de test Pap anormaux;
- assurer le triage des femmes qui doivent être suivies en colposcopie;
- diminuer les taux de cancers invasifs du col utérin et de mortalité attribuable à cette maladie évitable.

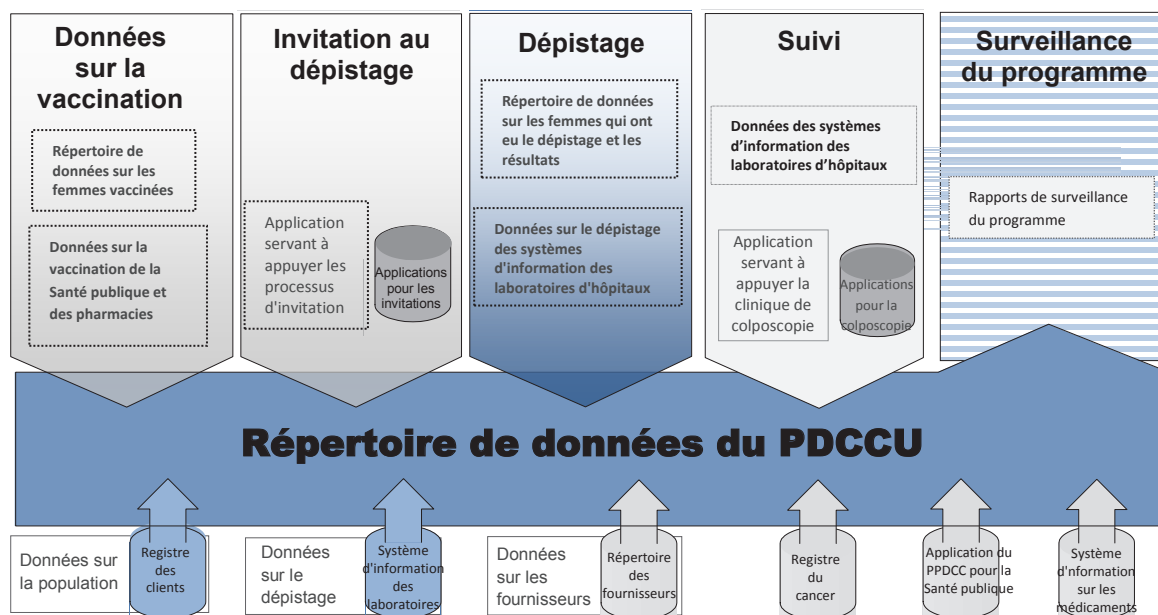
Répertoire de données du PDCCU

Le PDCCU du Nouveau-Brunswick sera soutenu par le répertoire de données du PDCCU. Ce répertoire servira à la fois à la planification du programme ainsi qu'à la surveillance du rendement et à l'évaluation continue. La première version du répertoire de données contient des données de tests Pap et des rapports.

Les versions à venir contiendront des données sur le suivi, les invitations, la vaccination contre le VPH ainsi que des renseignements supplémentaires pour la surveillance du programme à cet effet. La figure 4 présente les éléments technologiques (les sections ombragées présentent l'étape de la première version). La première version assurera une surveillance périodique au moyen d'un ensemble d'indicateurs de rendement établis.

- Les indicateurs de qualité établis dans le programme à court terme serviront à surveiller :
 - la couverture;
 - la population cible;
 - les outils de prélèvements;
 - le respect des lignes directrices.
- Les indicateurs de qualité établis dans le programme à long terme serviront à surveiller :
 - les taux d'incidence;
 - les taux de mortalité;
 - les données sur le dépistage de la population vaccinée.

Figure 4 :



Guide de pratique clinique : Prévention et dépistage du cancer du col utérin (col de l'utérus) au Nouveau-Brunswick

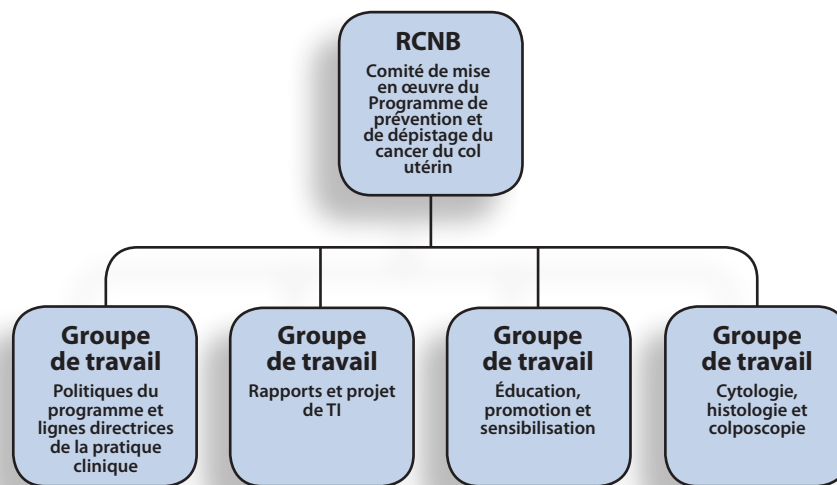
Introduction

En janvier 2008, le ministre de la Santé a annoncé la mise en œuvre d'une stratégie de dépistage et de vaccination contre le cancer du col utérin en vue de réduire les taux d'incidence et de mortalité associés à cette maladie au Nouveau-Brunswick. Chaque année, on recense à l'échelle provinciale environ 30 nouveaux cas de cancer invasif du col utérin, et approximativement dix femmes décèdent de cette maladie évitable⁵.

Le PDCCU relève du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB), une division du ministère de la Santé. Un comité de mise en œuvre des multiples parties prenantes est chargé de mettre en place le programme dans toute la province au cours des trois prochaines années.

Structure du programme de PDCCU

La structure du programme est illustrée ci-dessous :



Mandat du groupe de travail sur les politiques du programme et les lignes directrices de la pratique clinique

- Établir des politiques fondées sur les preuves et recommander la mise en œuvre et l'adaptation orientée des lignes directrices de la pratique clinique existantes pour les femmes ayant reçu des résultats normaux et anormaux au test Pap.

Objectif des lignes directrices

- Aider les fournisseurs de soins de santé et les femmes à optimiser le dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick pour réduire les taux de cancer invasif du col utérin et de décès attribuables à cette maladie évitable, tout en minimisant les risques associés au dépistage. Les lignes directrices de la pratique clinique doivent être utilisées comme complément à une prise de décision clinique éclairée.

Membres du groupe de travail

Les membres du groupe, qui ont été nommés par le comité de mise en œuvre, sont les suivants :

- Président – Représentant de la gynécologie de la Société médicale du Nouveau-Brunswick : E. Reardon, M.D., Saint John
- Représentants de la gynécologie-oncologie : R. Savoie, M.D., et C. Williams, M.D., Moncton

- Représentante de la médecine familiale de la Société médicale du Nouveau-Brunswick : V. MacMillan, M.D., Dalhousie
- Représentant de la pathologie de la Société médicale du Nouveau-Brunswick : M. Godlewski, M.D., Saint John
- Chef cytotechnologiste : M. Collette, R.T., Moncton
- Coordonnatrice de la gestion de la qualité et de la responsabilisation du RCNB : G. Bolesnikov, M.D., Fredericton
- Consultante pour le dépistage du cancer du RCNB : L. Varner, II, Moncton
- Coordinatrice du dépistage du cancer du RCNB : S.Koch, II, Fredericton

Les membres du groupe de travail connaissent un certain nombre de lignes directrices fiables sur le cancer du col utérin qu'utilisent actuellement des praticiens du Canada et qui reçoivent l'appui d'associations professionnelles canadiennes pertinentes. Par conséquent, le groupe de travail a décidé de procéder à l'adaptation et à l'application de lignes directrices existantes tout en tenant compte des enjeux propres au Nouveau-Brunswick.

- L'absence de dépistage et le non-respect de l'intervalle recommandé constituent toujours des facteurs de risque importants du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick.
- Le surdépistage entraîne un nombre excessif d'examen, une utilisation inefficace des ressources ainsi qu'un danger possible pour les femmes.
- Des nouvelles technologies, comme la cytologie en milieu liquide (CML), l'analyse de l'ADN du VPH et les vaccins contre le VPH sont en évolution au Nouveau-Brunswick.

Le groupe de travail a décidé de suivre le programme CAN-ADAPTE comme ressource pour l'adaptation systématique des lignes directrices existantes. Dans le cadre de ce processus, on a tenté de recenser le plus grand nombre de lignes directrices possible. La principale source utilisée était le répertoire SAGE des normes et des lignes directrices contre le cancer¹⁰, base de données complète et à jour des normes et des lignes directrices contre le cancer rédigées en anglais et classées à l'aide du système d'évaluation de la qualité AGREE II. Ce répertoire a été créé et est tenu à jour par le Programme d'amélioration de la capacité du Partenariat canadien contre le cancer.

Au moment de l'analyse documentaire, cette base de données était axée sur les lignes directrices rédigées en anglais pour les sièges de maladies des cancers les plus courants, dont le cancer du col utérin, publiées pour la période de 2003 à 2009. Le groupe de travail a convenu, d'après les besoins propres au Programme de dépistage et de prévention du cancer du col utérin du Nouveau-Brunswick et le milieu de soins de santé actuel de la province, de procéder à l'évaluation complète des deux lignes directrices suivantes :

- Ontario Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines (2005)¹
- Alberta Guideline for Screening for Cervical Cancer (2009)².

Les faits saillants de ce processus sont présentés ci-dessous.

A) Élaboration d'une liste de questions de santé relatives au dépistage du cancer du col utérin, dont :

- population cible – moment idéal pour commencer le dépistage;
- population cible – moment idéal pour cesser le dépistage;
- intervalle de dépistage optimal;
- outil de dépistage optimal;
- circonstances de dépistage optimal;

- dépistage des femmes ayant des circonstances particulières :
 - femmes avec une immunodéficience;
 - femmes ayant eu une hystérectomie subtotale;
 - femmes ayant eu une hystérectomie totale;
 - femmes enceintes;
 - femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes.
- prise en charge optimale des femmes ayant reçu des résultats anormaux à une cytologie dans le cadre d'un dépistage :
 - ASCUS (atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée);
 - LSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade);
 - AGC (cellules glandulaires atypiques);
 - ASCH (atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade);
 - HSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade histologique);
 - carcinome épidermoïde malpighien, adénocarcinome ou autres malignités;
 - résultats non satisfaisants.

B) Examen des lignes directrices :

On a demandé aux membres du groupe de travail d'examiner les lignes directrices Ontario Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines (2005)¹ et Alberta Guideline for Screening for Cervical Cancer (2009)², puis d'indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord avec les énoncés concernant les questions mentionnées plus haut. Les membres du groupe se sont réunis plusieurs fois en personne afin d'en venir à un consensus sur l'acceptabilité et l'applicabilité des lignes directrices pertinentes. D'après les données répertoriées sur l'incidence, la mortalité, le recours à la colposcopie et l'arrivée des nouvelles technologies (cytologie en milieu liquide, analyse de l'ADN du VPH et vaccins contre le VPH) dans la province du Nouveau-Brunswick, le groupe de travail a donné son appui à l'ébauche des lignes directrices (comprenant des éléments des lignes directrices de l'Ontario et de l'Alberta) qui circulaient aux fins d'examen externe et de rétroaction. Les évaluateurs externes étaient les suivants :

- Atlantic Society of Obstetricians and Gynecologists,
- Association des médecins de laboratoire du N.-B.
- omnipraticiens de la Société médicale du Nouveau-Brunswick,
- bureau du médecin-hygiéniste en chef,
- cytotechnologistes et technologistes de laboratoires médicaux,
- infirmières praticiennes,
- gynécologues/colposcopistes,
- pathologistes et
- conseillère des services de laboratoires du ministère de la Santé.

Une revue avec rétroaction du document d'ébauche des lignes directrices du Nouveau-Brunswick par les experts du Comité du développement des lignes directrices du dépistage du col utérin de l'Ontario et du Programme des services de santé de l'Alberta – « Toward Optimizing Practice » (TOP) fut effectuée. La version finale du Guide de pratique clinique : Prévention et dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick a reçu l'approbation du Comité de mise en œuvre du PDCCU en mars 2011.

Recommandations du guide de pratique

Le comité de mise en œuvre du PDCCU a adopté les lignes directrices qui suivent :

Prise en charge recommandée	
Début du dépistage	
1. Population cible – moment idéal pour commencer le dépistage du cancer du col utérin	<p>Le dépistage du cancer du col utérin devrait débuter à l'âge de 21 ans ou trois ans après la première relation sexuelle, la plus tardive des deux dates étant retenue. Une relation sexuelle comprend la pénétration avec le pénis, les doigts ou autres objets ainsi que les approches ou relations buccogénitales, avec un partenaire de n'importe quel sexe.</p> <p>Pour les femmes de moins de 21 ans, les interactions avec les fournisseurs de soins de santé sont encore nécessaires pour le dépistage des ITS (infections transmises sexuellement) et la vaccination contre le VPH.</p>
Intervalle de dépistage	
2. Intervalle de dépistage du cancer du col utérin	<p>Les intervalles de dépistage du cancer du col utérin pour les femmes qui n'ont jamais eu de tests Pap anormaux :</p> <p>Le dépistage doit être effectué chaque année jusqu'à ce qu'on obtienne trois résultats de test Pap négatifs consécutifs. Le dépistage doit continuer tous les deux ou trois ans après trois résultats de test Pap annuels négatifs. Le dépistage à un intervalle de trois ans est recommandé et soutenu par un système de rappel adéquat.</p> <p>Les femmes qui n'ont pas eu de dépistage depuis plus de cinq ans :</p> <p>Le dépistage doit être effectué chaque année jusqu'à ce qu'elles obtiennent trois tests Pap négatifs consécutifs. Le dépistage devrait continuer chaque deux à trois ans après trois tests Pap annuels négatifs.</p>
Arrêt du dépistage	
3. Population cible – moment idéal pour cesser le dépistage du cancer du col utérin	<p>Le dépistage du cancer du col utérin devrait cesser après l'âge de 69 ans, dans la mesure où il y a des antécédents adéquats de dépistage négatif au cours des dix années précédentes.</p> <p>Les femmes de plus de 69 ans qui n'ont jamais eu de dépistage doivent avoir un test Pap par année pendant trois ans. Si les résultats sont négatifs et acceptables, on peut mettre fin au dépistage.</p>
Outils de dépistage optimal	
4. Outils de dépistage du cancer du col utérin	<p>La cytologie en milieu liquide (CML) est l'outil préférable pour le dépistage du cancer du col utérin. La méthode traditionnelle du frottis cytologique demeure acceptable.</p> <p>Chez la population cible (de 21 à 69 ans), le test Pap peut déceler des lésions avant qu'elles deviennent cancéreuses ou lorsque la maladie en est au stade précoce, c'est-à-dire lorsque le traitement a plus de chance d'être efficace pour la prévention des décès et la réduction de la morbidité associée au traitement de la maladie au stade avancé.</p> <p>Même si, selon de nouvelles publications, le test de dépistage du VPH comme outil de dépistage primaire peut déceler davantage de cellules précancéreuses qu'une cytologie conventionnelle, les données ne sont toujours pas assez probantes pour qu'on le recommande comme outil de dépistage optimal³.</p>

Prise en charge recommandée	
Circonstances de dépistage optimal	
5. Circonstances de dépistage optimal du cancer du col utérin	En raison du faible taux d'incidence et de mortalité associés aux programmes organisés de dépistage que l'on trouve ailleurs, on recommande la création d'un programme provincial de dépistage du cancer du col utérin accompagné d'un mécanisme de rappel adéquat.
Dépistage du cancer du col utérin pour les femmes ayant des circonstances particulières	
6. Dépistage du cancer du col utérin pour les femmes ayant des circonstances particulières - Femmes avec une hystérectomie subtotale (avec col restant) - Femmes avec une hystérectomie totale - Femmes enceintes - Femmes avec immunodéficience - Femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes	<p>Selon les directives, les femmes qui ont eu une hystérectomie subtotale (dont le col utérin est intact) doivent continuer d'avoir un dépistage.</p> <p>Le dépistage peut être interrompu chez les femmes qui ont eu une hystérectomie totale pour des causes bénignes et qui n'ont pas d'antécédents de dysplasie cervicale ni de VPH. Les femmes qui ont déjà eu une biopsie confirmant la présence de lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL), l'adénocarcinome in situ (AIS) ou un cancer invasif du col utérin et qui ont eu une hystérectomie doivent avoir un frottis du dôme vaginal chaque année.</p> <p>Les indications sur la fréquence du dépistage pour les femmes enceintes doivent être les mêmes que celles pour les femmes qui ne le sont pas. Les recommandations du fabricant concernant l'utilisation des différents outils de dépistage pendant la grossesse doivent être prises en considération.</p> <p>Les femmes avec une immunodéficience (qui ont reçu une greffe ou une chimiothérapie ou qui sont séropositives pour le VIH) doivent avoir un dépistage annuel.</p> <p>Les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes doivent avoir le même dépistage que les femmes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.</p>
Prise en charge optimale	
Résultat de test Pap	Prise en charge recommandée
7. Prise en charge optimale des femmes avec résultats de cytologie anormaux	
ASCUS : (atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée)	<p>Femmes ≥ 30 ans :</p> <p>On recommande une analyse de l'ADN du VPH chez les femmes de 30 ans ou plus avec ASCUS. Le laboratoire effectuera un test d'ADN du VPH pour les femmes ≥ 30 ans avec résultats ASCUS.</p> <p>Si l'analyse du VPH est disponible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • VPH négatif → retourner au dépistage de routine • VPH positif → référer en colposcopie

Résultat de test Pap	Prise en charge recommandée
<p>ASCUS suite : (atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée)</p>	<p>En l'absence de test d'ADN du VPH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répéter un deuxième test Pap dans six mois est acceptable : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le test Pap est négatif, la femme devrait avoir une nouvelle cytologie après 6 mois ➤ Lorsqu'une femme a reçu 2 résultats de test Pap négatifs elle peut retourner au dépistage de routine ➤ Si le test Pap est anormal, référer en colposcopie <p>Femmes 21 - 29 ans :</p> <p>On recommande un nouveau test Pap après 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le test Pap est négatif, la femme devrait avoir une nouvelle cytologie après 6 mois ➤ Lorsqu'une femme a reçu 2 résultats de test Pap négatifs, elle devrait retourner au dépistage de routine ➤ Si le test Pap est anormal, la femme devrait être référée en colposcopie <p>Femmes < 21 ans: (Bien que le dépistage routine du col utérin N'EST PAS recommandé)</p> <p>Répéter test Pap tous les 12 mois pendant 2 ans (2 tests) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À 12 mois : <ul style="list-style-type: none"> ➤ SEULES les femmes avec des lésions de haut grade devraient être référées en colposcopie • À 24 mois : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Test Pap est négatif → retourner au dépistage de routine ➤ ASCUS ou résultat plus grave → référer en colposcopie
<p>LSIL : (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)</p>	<p>Femmes ≥ 50 ans :</p> <p>Le laboratoire effectuera un test d'ADN du VPH pour les femmes ≥ 50 ans avec résultats LSIL :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le test du VPH est négatif → retourner au dépistage de routine ➤ Si le test du VPH est positif → référer en colposcopie <p>Si le test du VPH n'est pas disponible → référer en colposcopie</p> <p>Femmes 21 – 49 ans :</p> <p>Répéter le test Pap tous les 6 mois pendant 1 an (2 tests) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tests doivent être à un intervalle d'au moins 6 mois <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si tous négatifs → retourner au dépistage de routine ➤ Si un résultat est ASCUS ou plus grave → référer en colposcopie <p>*Lors de triage, on ne recommande pas le test du VPH pour les femmes âgées de 21-49 qui ont un résultat LSIL, et ce dû au manque d'évidence clinique (i.e. : les essais ALTS).</p>

Résultat de test Pap	Prise en charge recommandée
LSIL suite : (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)	Femmes < 21 ans: (Bien que le dépistage routine du col utérin N'EST PAS recommandé) Répéter un test Pap tous les 12 mois pendant 2 ans (2 tests) : <ul style="list-style-type: none"> À 12 mois : <ul style="list-style-type: none"> SEULES les femmes avec des lésions de haut grade devraient être référées en colposcopie À 24 mois : <ul style="list-style-type: none"> Test Pap est négatif → retourner au dépistage de routine ASCUS ou résultat plus grave → référer en colposcopie
AGC (cellules glandulaires atypiques)	Une colposcopie est recommandée pour les femmes avec résultats AGC. Un prélèvement endométrial et un curetage endocervical sont recommandés lorsqu'indiqués cliniquement.
ASC-H (atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)	Une colposcopie est recommandée pour les femmes avec résultats ASC-H.
HSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)	Une colposcopie est recommandée pour les femmes avec résultats HSIL.
Carcinome épidermoïde, adénocarcinome ou autres malignités	Le test Pap ne doit pas être utilisé comme unique moyen d'évaluation d'une lésion cervicale visible. Une biopsie est nécessaire pour confirmer le diagnostic.
Résultats non satisfaisants	Si cela est indiqué cliniquement, le test Pap devrait être répété 3 mois après le premier test, mais pas avant.

REMARQUE : Les lignes directrices actuelles ont établi un rôle pour l'analyse de l'ADN du VPH oncogène dans l'algorithme de dépistage au Nouveau-Brunswick. Le rôle du test de dépistage du VPH évoluera au fur et à mesure que la cohorte des femmes vaccinées contre le VPH se rapprochera du groupe d'âge recommandé pour le dépistage.

Déclarations qualitatives

- Le dépistage routine du cancer du col utérin **N'EST PAS** recommandé chez les femmes < 21 ans.
- Selon le bulletin de pratique de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) publié en décembre 2009, la recommandation de commencer le dépistage à l'âge de 21 ans, peu importe l'âge des premières relations sexuelles, est fondée en partie sur la très faible incidence du cancer chez les jeunes femmes (1 ou 2 cas de cancer du col utérin par 1 000 000 femmes de 15 à 19 ans)⁴. Cette recommandation est également fondée sur la possibilité des effets indésirables (anxiété accrue et augmentation du risque de naissances prématurées) associée au suivi des jeunes femmes avec des résultats anormaux à une cytologie de dépistage⁴.

- Le test Pap ne devrait pas être répété à moins de trois mois de la date du premier test.
- Afin de respecter les exigences minimales des lignes directrices, les femmes ≥ 40 ans qui présentent des cellules endométriales doivent faire l'objet d'une prise en charge appropriée avec demande de consultation si nécessaire.
- L'immunisation contre le VPH est offerte aux femmes âgées de 9 à 26 ans au Nouveau-Brunswick et est efficace selon des données probantes. Selon les directives, les femmes qui reçoivent le vaccin contre le VPH doivent continuer le dépistage.
- Ces lignes directrices ne sont qu'un guide minimum. Certaines situations cliniques pourraient nécessiter un suivi dans un délai plus bref ou une recommandation de coloscopie.
- Les lignes directrices seront révisées annuellement et mises à jour au besoin.

Limites du dépistage

Comme tous les tests de dépistage, la sensibilité du test Pap n'est pas de 100 pour cent, et un seul résultat de test Pap négatif ne permet pas d'éliminer la possibilité de lésions précancéreuses du col utérin ou de cancer. Un faux résultat négatif se produit lorsque le test Pap ne détecte pas une anomalie présente sur le col utérin. De faux résultats négatifs surviennent soit lorsque des cellules anormales n'ont pas été prélevées en raison des limites associées au prélèvement cervico-vaginal et à la préparation du spécimen, soit lorsque des cellules anormales n'ont pas été identifiées par le laboratoire. La sensibilité de la cytologie conventionnelle permettant de détecter les lésions de haut grade varie grandement dans les études publiées, soit entre 30 et 87 pour cent, et la cytologie en milieu liquide ne semble pas accroître la sensibilité de façon notable, bien qu'elle permette de réduire le taux de prélèvements dont les résultats sont non satisfaisants².

La répétition du dépistage à intervalles réguliers par des tests Pap conventionnels ou en milieu liquide augmente la sensibilité du dépistage du cancer du col utérin et est nécessaire pour fournir une protection adéquate contre le cancer du col utérin tout au long de la vie. En fait, lorsqu'on compare les résultats de deux séries de dépistage, le test Pap (CML) seul présente une sensibilité comparable au test Pap (CML) combiné à un test du VPH. La raison pour laquelle le test Pap permet de réduire autant l'incidence du cancer du col utérin est l'augmentation de sa sensibilité lorsqu'il est utilisé à plusieurs reprises².

Pour éviter le sentiment de sécurité pouvant découler d'un faux résultat négatif, il est important de recommander aux femmes de signaler tout saignement ou écoulement vaginal inhabituel, y compris les saignements après des relations sexuelles, après la ménopause ou après les menstruations².

Des résultats de tests de dépistage faux positifs sont également une source de préoccupation. Vu le caractère transitoire de nombreuses modifications du col utérin, le dépistage détecte un grand nombre d'anomalies qui finissent par disparaître d'elles-mêmes. Les lignes directrices actuelles visent à minimiser l'anxiété et le mal associés au dépistage, tout en assurant la détection des modifications du col utérin significatives sur le plan clinique².

Prélèvement optimal

Pour assurer un prélèvement optimal, le test Pap doit être effectué AVANT d'autres interventions réalisées sur le col utérin, comme les tests pour les ITS, l'insertion du stérilet, etc., afin que les cellules prélevées pour le diagnostic du test Pap n'aient pas été enlevées. Les autres points à prendre en compte sont les suivants :

- Conseiller à la patiente d'éviter, dans la mesure du possible, l'utilisation de pommade ou de gelée contraceptive, les douches vaginales, les médicaments intra-vaginaux et les rapports sexuels 24 heures avant le test.
- Conseiller à la patiente d'éviter de prendre son rendez-vous pendant ses menstruations, mais de ne pas reporter le rendez-vous en cas de saignements anormaux.

Références

1. McLachlin, C.M. et coll. « Ontario Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 29, no 4 (2007), p. 344-353.
2. Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Cervical Cancer. Guideline for the screening for cervical cancer. Feb 2000 [Revised Oct 2009]. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice. c2009. Available from: http://topalbertadoctors.org/informed_practice/clinical_practice_guidelines/complete%20set/Cervical%20Cancer/cervical_cancer_guideline.pdf
3. Medscape, CME Clinical Briefs, consulté en ligne le 14 mai 2010 à l'adresse : <http://www.cme.medscape.com/viewarticle/721199>.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. « Cervical Cytology screening », *Bulletin de pratique de l'ACOG no 109, Obstetrics & Gynecology*, vol. 114 (2009), p. 1409-1420.
5. Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer: *Statistiques canadienne sur le cancer 2011*. Toronto, Société canadienne du cancer, 2011, mai 2011, ISSN 0835-2976.
6. Santé Canada. « Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998 », ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002.
7. Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, mai 2010.
8. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada: *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008*, Toronto, Canada, 2008. avril 2008, ISSN 0835-2976.
9. Agence de la santé publique du Canada. *Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada*, Ottawa, Canada, 2009, ISBN 978-0-662-06718-4.
10. Partenariat canadien contre le cancer. *Inventory of Cancer Guidelines*, Cancer Guidelines Advisory Group, <http://www.cancerguidelines.ca/Guidelines/index.php>.
11. ADAPTE Collaboration. *Manual for Guideline Adaptation*, version 1.0.
12. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport sur le rendement du système de 2010*. Accessible en ligne à l'adresse : http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/system_performance_2010_fr.pdf.
13. Bureau du médecin-hygiéniste en chef. *Système de prestation de services aux clients, 2009-2010* (consulté en 2011).
14. Comité directeur des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Toronto, Société canadienne du cancer, 2010*. avril 2010, ISSN 0835-2976.
15. Division de la démographie de Statistique Canada. *Estimations de la population du Nouveau-Brunswick, 2008*.
16. Kang, D.H. et coll. « Significant Impairment in Immune Recovery Following Cancer Treatment », *Nursing Research*, vol. 58, no 2 (2009), p. 105-114.

ANNEXE 1

Collaborateurs au Guide de pratique clinique pour le dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick :

Groupe de travail sur les politiques du programme et les lignes directrices de la gestion clinique du PPCCU (Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin) :

D ^r . Ed Reardon (Président)	D ^{re} . Vona MacMillan	Linda Varner
D ^r . Réjean Savoie	Monique Collette	D ^r . Marek Godlewski
D ^{re} . Carole Williams	D ^{re} . Grlica Bolesnikov	Shirley Koch

Comité de mise en oeuvre du PDCCU :

D ^r . Réjean Savoie (Président)	Monique Collette	Deborah Hale
D ^r . Marek Godlewski	Dan Coulombe	Shirley Baisley-Moffat
D ^r . Edward Reardon	Céline Couturier	Valerie MacDonald Duguay
D ^r . Eshwar Kumar	Tania Davies	Nathalie McGraw
D ^r . Bin Zhang	Jerome Foster	Melissa Stark
D ^{re} . Grlica Bolesnikov	Mary Goggin	Shirley Koch
Lori Clarke	Robert Goguen	Daryl Steeves
D ^{re} . Vona MacMillan	Suzanne Robichaud	Yamama Tamim

Groupe de travail sur l'éducation, promotion et sensibilisation :

Melissa Stark (Président)	Jan Graham	Brenda Roos
Rosemary Boyle	Linda Hopper	Marisa Rojas
Céline Couturier	Laura Noseworthy	Shirley Koch
Michelle Daniels	Nathalie McGraw	
Linda Duffett-Leger	Shirley Baisley Moffat	

Groupe de travail du cytologie, histologie et colposcopie :

D ^r . Marek Godlewski (Président)	Monique Collette
D ^r . Ed Reardon	Deborah Hale

Examineurs externes du Guide de pratique clinique :

Représentant de l'Alberta Guideline for Screening for Cervical Cancer

D^{re}. Laura MacDougall

Représentant de l'Ontario Cervical Cancer Screening Clinical Practice Guidelines

D^{re}. Joan Murphy

D^{re}. Verna Mai

Présidente de l'initiative pancanadienne de dépistage du cancer du col utérin

(Partenariat Canadien Contre Le Cancer)

D^{re}. Meg McLachlin

Québec - D^{re}. Anne Marie Grenier

Nouvelle-Écosse - D^r. James Bentley

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick - Roberte Vautier

Le RCNB souhaite recevoir vos commentaires. Veuillez communiquer avec :

Coordinatrice du dépistage du cancer du RCNB :

520 rue King, 2e étage

Fredericton (N.-B.)

E3B 5G8

506-453-5521

Ce document, des formulaires d'évaluation et des outils de référence rattachés au dépistage du cancer du col utérin sont accessibles en ligne au : www.gnb.ca/santé.

ISBN 978-1-55471-524-4