

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

MORILLON Charline
Née le 29 Juillet 1987, à Montereau-Fault-Yonne (77)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2015

TITRE

Frottis Cervico-Utérins chez les femmes de plus de 65 ans vues en consultation dans le service de Gynécologie du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise en 2013

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Thierry CONSTANS

**Membres du jury : Madame le Professeur Caroline HOMMET
Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Madame le Docteur Marie-Christine HAUSCHILD
Monsieur le Docteur Nourddine BALLOUCHE**

RÉSUMÉ

Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique. Le dépistage actuel est recommandé chez les femmes jusqu'à l'âge de 65 ans. L'espérance de vie a augmenté, ainsi que le nombre de remariages, majorant la probabilité d'exposition au Papillomavirus Humain. La question de la poursuite du dépistage au-delà de 65 ans s'inscrit donc dans un contexte démographique et sociologique.

Cette étude rétrospective a évalué le nombre de frottis pathologiques chez les femmes de plus de 65 ans ayant consulté dans le service de Gynécologie du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise en 2013. Un lien entre la trophicité du col de l'utérus et différents facteurs cliniques a été recherché.

Ce travail a porté sur 159 patientes. Celles-ci consultaient soit à la suite de l'apparition d'un symptôme (39 %), soit pour un suivi (33 %), soit pour le suivi d'une pathologie tumorale (27,67 %). Un seul frottis cervico-utérin (FCU) s'est avéré être pathologique (0,6 %), aboutissant au diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde. Un lien statistique a pu être établi entre la trophicité du col aux FCU de 2013 et la prescription d'un traitement hormonal substitutif, ainsi qu'avec le résultat du FCU précédent.

La réalisation de FCU chez les femmes âgées de plus de 65 ans semble donc être une pratique courante. L'échantillon restreint n'a pas permis de conclure quant à l'utilité de poursuivre le dépistage. Plusieurs études antérieures évoquaient un taux non négligeable de patientes ayant eu un frottis pathologique malgré un suivi correctement mené. Le dépistage organisé pourrait diminuer l'incidence du cancer du col chez les patientes âgées.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérins, dépistage, femmes de plus de 65 ans

TITTLE :

Pap smear patients aged sixty five and older who have consulted in Gynecology in the Montargis hospital during the year 2013

ABSTRACT :

The French guidelines recommend against screening for cervical cancer in women older than age 65 who have had adequate prior screening. However, women nowadays live older and may have new sexual partners after. Aren't there any benefit to resuming the screening after age 65 ?

This retrospective review of pap smear patients aged sixty five and older who have consulted in Gynecology in the Montargis hospital during the year 2013 identified 159 women. On only one of them was the pap smear pathologic. There was a statistical link between cervical trophicity at the 2013 pap smear and with postmenopausal hormone therapy as well as with the previous pap smear.

Practice of pap smears on women sixty five and older is usual. New studies found evidence of cervical cancer even if the women had adequate screening. Maybe the organised screening among younger women would probably help decrease cervical cancer by elderly women.

Keyword : pap smear, screening, women above sixty five

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - Ch. BERGER –
J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER –
A. GOUAZE – M. JAN – J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD -
G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - J.P. MUH -
J. MURAT - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE
– J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; Addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre.....	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie ; thérapie cellulaire
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie

	LINASSIER Claude.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel.....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé.....	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre.....	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie.....	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale
	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
	BLASCO Héléne.....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Eric.....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire

	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie..	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry.....	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie.....	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, qui m'a guidée tout au long de ce travail.

Monsieur Le Professeur Constans qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être mon président de jury.

Madame Le Professeur Hommet pour sa présence et son soutien.

Madame Le Professeur Lehr-Drylewicz pour ses conseils, me permettant de correctement débiter ce travail.

Madame Le Docteur Hauschild qui a très gentiment accepté de participer à mon jury, abordant ce travail sous un autre angle.

Messieurs Les Docteurs Mebroukine, Hooek, Mabrouk et Nyamkos pour leurs précieux conseils lors de mon passage en Gynécologie.

Madame Le Docteur Ben Romdhane pour son soutien et son dynamisme.

Monsieur Le Docteur Schill pour son aide plus que précieuse, permettant la réalisation de cette étude.

Jenni sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour...MERCI ! Toute l'équipe de gynécologie du CHAM, mesdames les Docteurs Akad et Chemin, Aurelia, Chantal, Ida et Maria.

Le Docteur Fleury qui m'a permis d'avancer dans ma réflexion ; j'espère avoir un jour la chance de travailler avec toi !

Mes copines qui m'ont écouté et conseillé pour ce travail : Vanessa, Tatiana, Julie ; ou moins conseillée mais qui me soutiennent lors des urgences terreau : Maud, Anaïs, Anne-So. Sans oublier : Gaspard et Antoine, Constance, Claire, Capu, Perinne, Elodie, Justine, Julien. Et un petit peu plus loin géographiquement mais là quand même, Dine, Johana, Pacou.

Mon frangin, pour ses cours accélérés d'excellence et son soutien ; mes frangins qui me soutiennent forcément d'outre-Atlantique –*rentrez vite*. Mes belles sœurs, Elodie et Rapha pour leur dynamisme et leurs encouragements ; mes neveux que j'espère voir très vite
☺ NEMO ☺

Mes parents qui me conseillent et m'accompagnent, patiemment. Papa, toujours disponible.

Ma grand-mère, merci d'être là !

Ma famille, Christine et Marc, Chantal, Mamie Jacqueline, mon beau frère et ses femmes –et Maxence !- *mon* parrain, Elisabeth, Bruno, ma marraine, mes cousins-cousines. Et Baptiste !

Ma maman, qui m'a transmis sa passion, sans qui je ne serais pas là.

Romain, mon pilier.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	2
LISTE DES ENSEIGNANTS.....	3
SERMENT D’HIPPOCRATE	7
REMERCIEMENTS	8
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION.....	10
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	12
I – Recueil de données	12
II – Analyse des données	13
RÉSULTATS	14
I - Description générale de la population.....	14
II – Motif et contexte de la consultation.....	15
III – Examen clinique et résultats des FCU	19
IV – Analyse de la trophicité du col utérin au FCU en fonction des données cliniques recueillies	22
DISCUSSION	24
I – Résultats de l’étude.....	24
II - Recommandations en France et à l’étranger	29
III - Apport de la littérature : pour ou contre la poursuite du dépistage après 65 ans	30
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	36
ANNEXE I : Détails des résultats présentés	36
ANNEXE II : Détails des calculs de l’analyse de la trophicité du col au FCU 2013 en fonction de différents éléments	38

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est en France le onzième cancer chez la femme en termes de nouveaux cas et le douzième en termes de mortalité. Le nombre de nouveaux cas en 2012 en France est de 3 028 avec un taux d'incidence estimé à 6,7 pour 100 000 femmes. Le taux de mortalité s'élève 1,8 pour 100 000 femmes (1). Il s'agit donc d'un problème de santé publique.

Le taux de mortalité est en constante diminution depuis les années 80, passant de 5 pour 100 000 personnes/années en 1980 à 1,8 pour 100 000 personnes/années en 2012. Cette baisse du taux de mortalité s'accompagne d'une diminution de l'incidence (15 à 6,7 pour 100 000 personnes/années entre 1980 et 2012) (1). Elle s'explique notamment par le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU).

En France, le dépistage systématique par FCU est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. Dès lors que deux frottis successifs sont normaux à un an d'intervalle, les suivants devront être réalisés tous les trois ans (2). Le rythme préconisé des FCU est d'un tous les trois ans compte tenu de la lenteur avec laquelle une dysplasie légère évolue jusqu'au stade de carcinome. Le cancer du col utérin est dans 80 à 90 % des cas un carcinome épidermoïde (développé à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol) et dans 10 à 20 % des cas un adénocarcinome (développé à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol). Le cancer invasif du col utérin met en moyenne quinze ans à se développer après la persistance d'une infection à papillomavirus humain (HPV), principal facteur de risque (plus particulièrement les génotypes 16 et 18). Les cofacteurs de risque principaux sont notamment la précocité de l'activité sexuelle, la multiplicité des partenaires sexuels, l'immunodéficience, la parité élevée, le tabagisme, l'utilisation prolongée des contraceptifs oraux.

Le FCU est un examen cytologique qui permet de détecter des cellules anormales et de prendre en charge précocement des lésions pré-invasives qui évolueraient en cancer. Les lésions sont classées selon le système de Bethesda qui inclut les ASC-US (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance* : les lésions malpighiennes) et les AGC (*Atypical Glandular Cells* : les lésions glandulaires). Le FCU est de qualité non satisfaisante si le prélèvement est trop pauvre en cellules, si la couverture par des cellules malpighiennes est de moins de 10 % ou si plus de 70 % des cellules épithéliales ne sont pas interprétables (masquées par du sang, une inflammation, des superpositions cellulaires, des contaminations ou des artéfacts). Deux techniques de FCU coexistent, sans qu'une des deux ne soit davantage recommandée selon l'âge des patientes. Il s'agit du frottis avec cytologie conventionnelle sur

lame (dit « d'étalement immédiat ») et du frottis avec cytologie en milieu liquide (dit « en phase liquide »).

Les recommandations nationales de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été publiées lors de la conférence de consensus de Lille en 1990 (3) et réactualisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013. Depuis 1990, l'espérance de vie globale ainsi que l'espérance de vie en bonne santé ont augmenté, les mœurs ont changé (remariages, nouveaux partenaires sexuels à un âge plus avancé). Les prises en charges ont évolué et il est légitimement envisageable qu'une femme de 70 - 80 ans, vigoureuse, puisse être traitée plus facilement qu'il y a 25 ans.

Dans ce contexte, il semble pertinent de se demander si le dépistage du cancer du col de l'utérus ne devrait pas être prolongé au-delà de l'âge de 65 ans. L'objectif principal de cette étude est de déterminer la proportion de FCU pathologique chez les patientes de plus de 65 ans, vues en consultation dans le service de Gynécologie au Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM) en 2013. L'objectif secondaire est de déterminer les éléments ayant un lien avec la trophicité du col.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude descriptive et rétrospective analyse les FCU des patientes de plus de 65 ans vues en consultation par un médecin du service de Gynécologie du CHAM, entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013.

I – Recueil de données

La population de l'étude a été constituée à partir de la liste des FCU examinés par le Dr Schill, anatomopathologiste libéral, qui reçoit tous les FCU faits au CHAM. Les dossiers médicaux des patientes ont ensuite été récupérés soit aux archives du CHAM, soit au sein du service de Gynécologie du CHAM, soit au sein d'autres services du CHAM. Ils ont été consultés sur place.

La consultation des données du Département de l'Information Médicale (DIM) a par ailleurs permis de répertorier le nombre de patientes de plus de 65 ans ayant consulté en Gynécologie pendant l'année 2013.

Les données suivantes ont été recueillies :

- l'âge de la patiente, la parité et l'âge de la ménopause ;
- les antécédents de néoplasie gynécologique (ou autres) ;
- la prescription antérieure d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) et/ou la prescription d'un traitement trophique local ;
- le mode de consultation dans le service de Gynécologie (initiative personnelle, à la demande du médecin traitant, d'un gynécologue, d'un oncologue, d'un autre service du CHAM ou via le service des Urgences) ;
- le degré d'urgence estimé (urgence, urgence relative, consultation non urgente) ;
- le motif de consultation (consultation de suivi systématique, de suivi dans un contexte d'antécédent de pathologie tumorale, de suivi dans un contexte de prise en charge en cours ou bien de consultation motivée par un symptôme : leucorrhées, métrorragies, douleur, autre) ;
- les symptômes gynécologiques présents (métrorragies, douleur, leucorrhées, autre) ;
- l'examen clinique gynécologique (normal, col atrophique, prolapsus, sang, leucorrhées ou douleur). Si d'autres ou plusieurs anomalies étaient présentes, l'examen était qualifié de « pathologique » ;

- les résultats des précédents FCU (normal, atrophique, pathologique, ou non consultable en cas de résultat communiqué oralement sans copie jointe au dossier médical) ;
- les résultats des FCU réalisés au cours de la consultation (normal, atrophique dont pré et sub atrophique, pathologique).

Pour toutes les données étudiées, si le renseignement recherché était manquant, la mention « Non Renseigné » (NR) était précisée.

II – Analyse des données

Les données ont été analysées avec le logiciel Microsoft Excel 2003.

Les patientes qui avaient moins de 66 ans à la date de réalisation du FCU ont été exclues.

Les données quantitatives sont présentées sous forme de moyennes, écart-types et extrêmes. Les données qualitatives sont présentées sous forme de proportions.

Les comparaisons de données qualitatives ont été réalisées au moyen du test de Khi-deux de Pearson. Une correction de Yates a été employée lorsque les conditions d'application n'étaient pas remplies.

RÉSULTATS

Huit mille quatre cent soixante-deux patientes ont consulté dans le service de Gynécologie au CHAM en 2013, dont 760 étaient âgées de plus de 65 ans (8,98 %). Parmi ces 760 patientes, 201 ont eu un FCU analysé par le Dr Schill. Les 38 patientes ayant moins de 66 ans ont été exclues de cette étude. Quatre autres patientes ont été exclues du fait d'informations erronées (identification, date de naissance, lieu de consultation). L'analyse statistique a ainsi porté sur 159 patientes.

I - Description générale de la population

L'âge moyen était de 72,62 +/- 6,25 ans [66-90]. Les patientes âgées de moins de 70 ans représentaient 44 % de l'effectif total. Les patientes âgées de plus de 80 ans représentaient 16,3 % de l'effectif total (Figure 1).

La parité moyenne était de 2,32 +/- 1,56 et l'âge moyen de la ménopause de 50,05 +/- 5,02 ans (Tableau 1 ; Annexe 1).

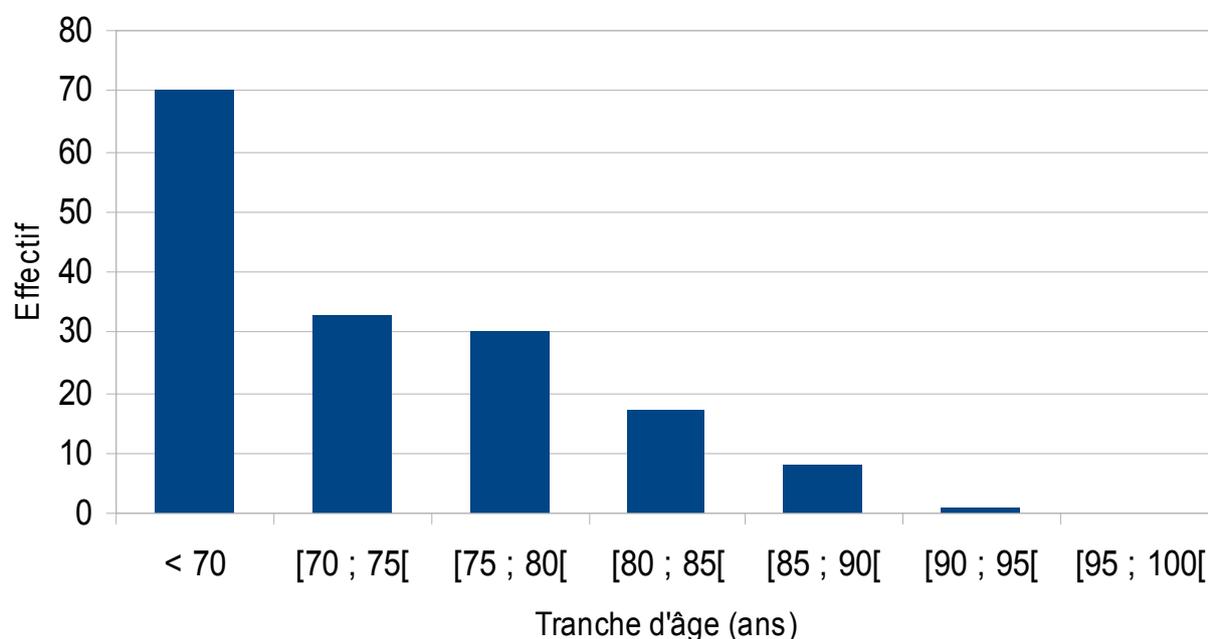


Figure 1 : Distribution des effectifs en fonction de l'âge

Tableau 1 : Moyenne (et écart-type), extrêmes et données manquantes de la parité et de l'âge de la ménopause

	Moyenne (Ecart-type)	Valeur minimale	Valeur maximale	Données manquantes
Parité	2,32 (1,56)	0	9	16 (10 %)
Âge	50,05 (5,02)	27	63	51 (32 %)

Un antécédent de pathologie tumorale gynécologique a été recensé chez 52 patientes (32,7 %). Soixante-neuf patientes (43,4 %) ont été traitées par THS (Tableau 2).

Tableau 2 : Antécédents (Atcdt) et prescription de THS

	Effectif	Proportion (%)
Atcdt de cancer gynécologique	52	32,7
Atcdt non gynécologique	103	64,8
Données non renseignées	4	2,5
THS	69	43,4
Pas de THS	53	33,3
Pas de THS mais traitement local d'appoint	4	2,5
Données non renseignées	33	20,7

Une patiente (0,6 %) présentait un bon état général et 4 autres un état général altéré (2,4 %). L'état général n'était pas renseigné pour 154 patientes (97 % - Annexe 1).

Les traitements ont été renseignés pour 8 patientes. Six d'entre elles n'avaient qu'un seul traitement. Les traitements n'ont pas été renseignés pour l'ensemble des autres patientes (95 % - Annexe 1).

II – Motif et contexte de la consultation

Au total, 124 patientes (78 %) ont consulté de leur propre initiative, 18 ont été adressées par leur médecin traitant et 8 par un autre service du CHAM (Tableau 3).

Tableau 3 : Origine des demandes de consultation

Personne / service demandeur	Effectif	Proportion (%)
Initiative propre	124	78
Médecin traitant	18	11,3
Service hospitalier du CHAM	8	5
Gynécologue	4	2,5
Oncologue	2	1,2
Urgences du CHAM	1	0,6
Données non renseignées	2	1,2

Cent vingt-cinq consultations (78,6 %) ont eu lieu sans urgence (Tableau 4).

Tableau 4 : Degré d'urgence des consultations

Degré d'urgence	Effectif	Proportion (%)
Urgence	4	2,5
Urgence relative	30	18,9
Pas d'urgence	125	78,6

La consultation a été réalisée dans le cadre d'un suivi systématique pour 53 patientes (33,3 %) et pour 44 patientes (27,7 %) dans le cadre d'un suivi de pathologie tumorale gynécologique (Figure 2 ; Annexe 1).

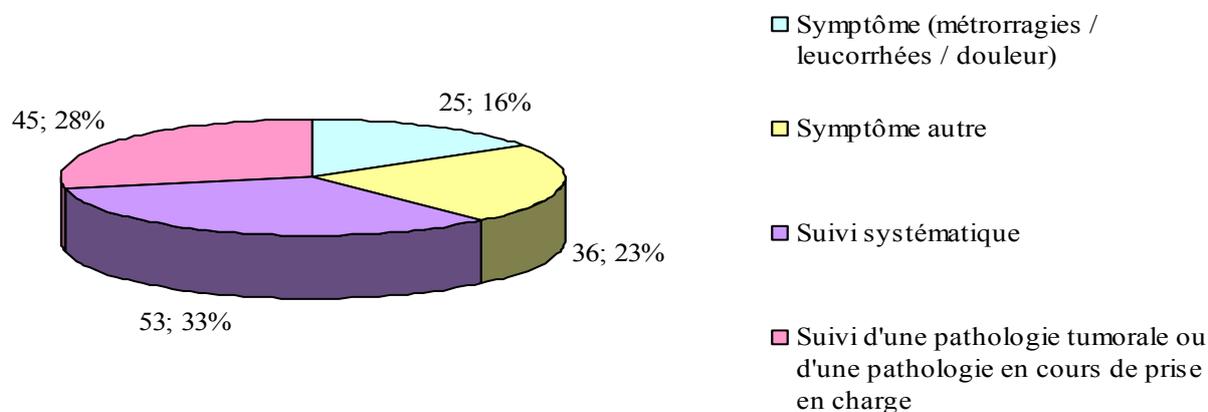


Figure 2 : Motif de consultation

Ont bénéficié d'un suivi de pathologie tumorale gynécologique (Figure 3 ; Annexe 1) :

- 31 patientes (19,5 %) pour cancer du sein opéré entre 1985 et 2013 ;
- 7 patientes (4,4 %) pour adénocarcinome endométrioïde ;
- 6 patientes (3,8 %) pour pathologie cervicale.

Les 6 pathologies cervicales ont été diagnostiquées entre 2002 et 2012. Il s'agissait exhaustivement pour chacune des patientes concernées :

- d'un cancer du col opéré ;
- d'une biopsie du col pathologique ;
- d'une lésion malpighienne intra-épithéliale ;
- d'une dysplasie cervicale ;
- de CIN III (néoplasie cervicale intra-épithéliale) traité par conisation puis hystérectomie ;
- d'une conisation.

Une seule patiente (0,6 %) était venue pour suivi après pose de Trans-Obturator Tape (TOT) pour une incontinence urinaire d'effort.

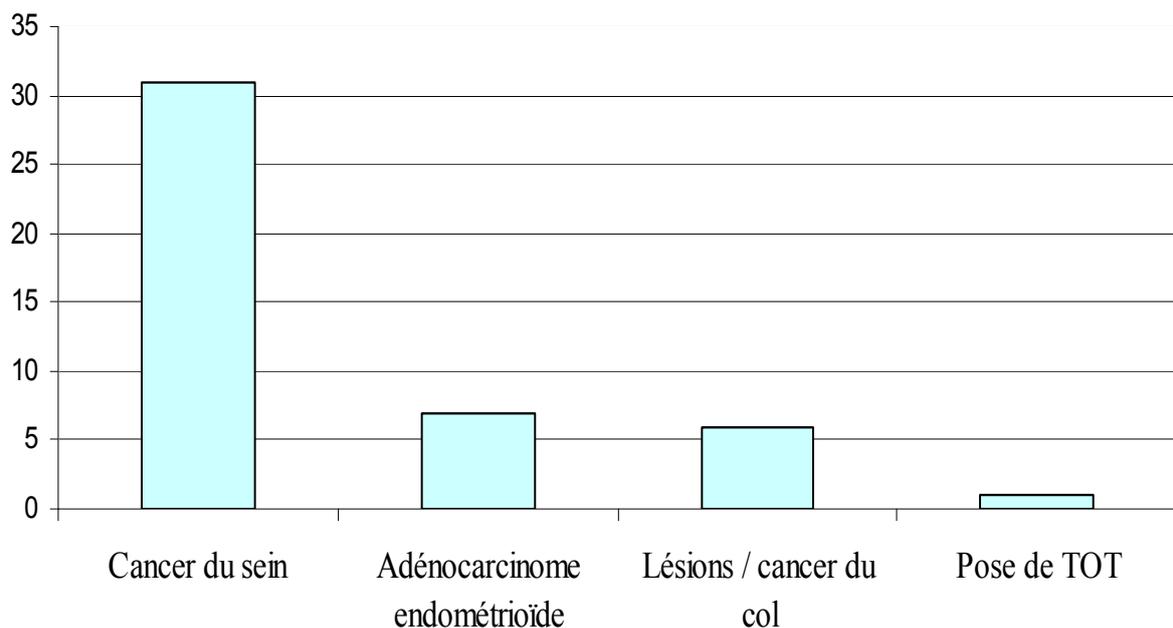


Figure 3 : Pathologie suivie

Deux patientes (1,2 %) ont mentionné le fait d'avoir un nouveau compagnon.

Quarante-quatre patientes (27,67 %) ont consulté pour un suivi de pathologie tumorale. Deux d'entre elles (1,2 %) consultaient pour le suivi d'une lésion du col diagnostiquée en 2012 en cours de prise en charge (sans antécédent notable de tumeur). Cinquante-deux

patientes (32,70 %) présentait un antécédent de cancer gynécologique. Dix d'entre elles (6,3 %) consultaient pour un symptôme.

Soixante et une patiente (38,4 %) consultaient pour un symptôme. Il s'agissait :

- pour 21 patientes de métrorragies (13,2 %) ;
- pour 8 patientes de découverte de tumeur du sein (5 %) ;
- pour 7 patientes de prolapsus (4,4 %).

Quatre patientes présentaient deux symptômes différents (Figure 4 ; Annexe 1) :

- une patiente des métrorragies et douleur ;
- une patiente des métrorragies et leucorrhées ;
- deux patientes un « symptôme autre » avec en plus soit des métrorragies, soit une douleur.

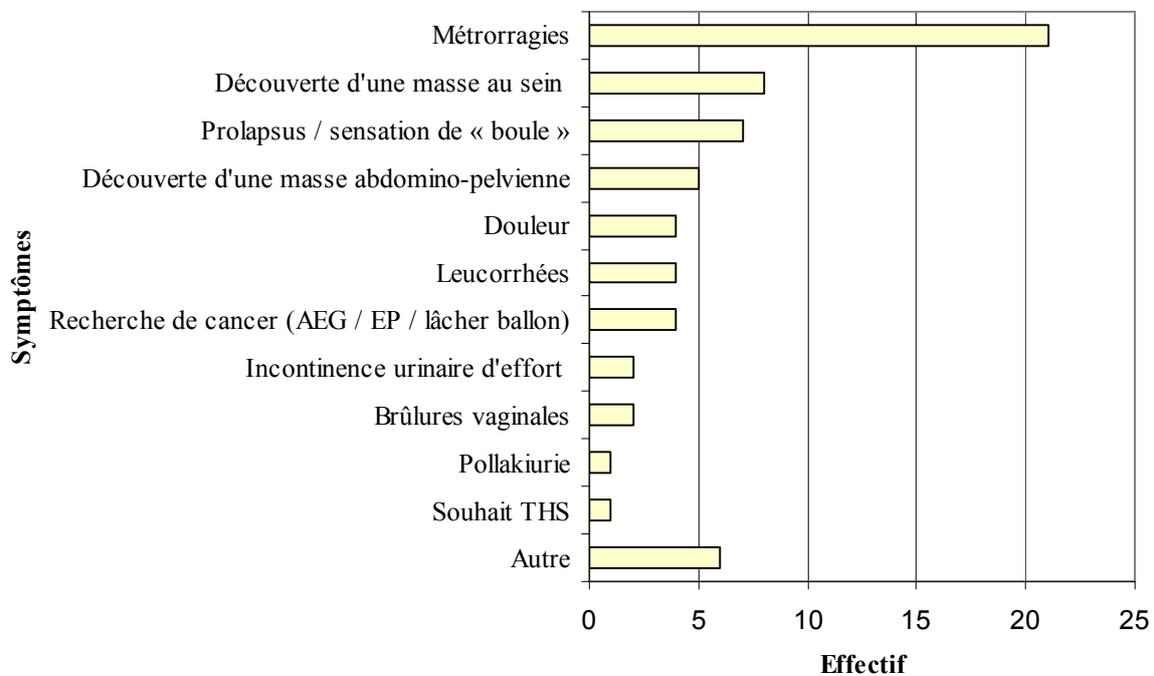


Figure 4 : Symptômes ayant motivé la consultation

Six patientes (3,7 %) ont consulté pour un motif « autre » :

- une sensation de « petit grain de riz » dans la vulve ;
- une plaie de la petite lèvre gauche ;
- une lésion de la grande lèvre à type d'ecchymose ;
- une douleur avec sécheresse vaginale et « descente de vessie » (sans prolapsus à l'examen) ;

- un hématome du pelvis découvert sur un scanner réalisé pour douleur pelvienne ;
- un FCU impossible à réaliser et aspect « embêtant » du col.

III – Examen clinique et résultats des FCU

L'examen clinique gynécologique était jugé normal chez 98 patientes (61,6 %). L'examen montrait un col atrophique chez 31 patientes (19,5 % - Figure 5 ; Annexe 1).

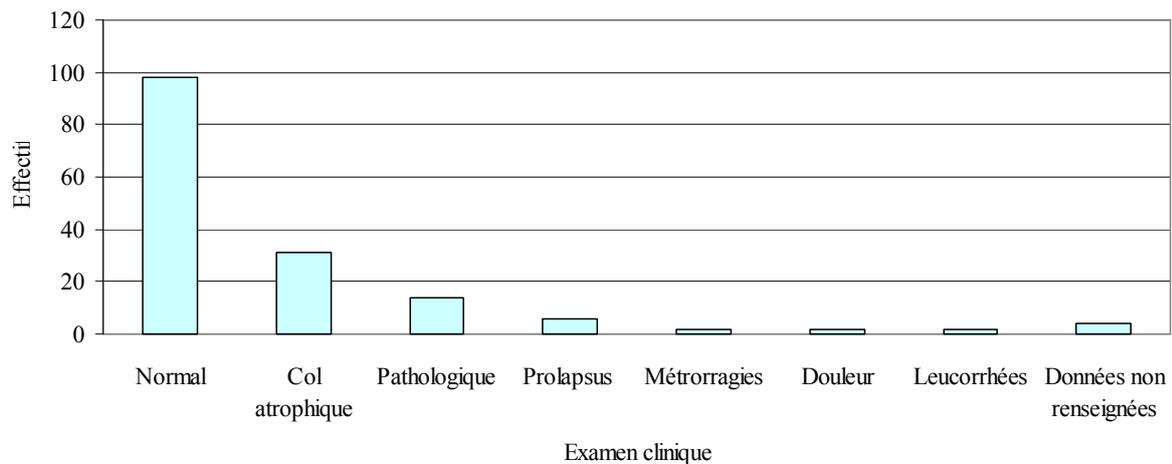


Figure 5 : Examen clinique

Chez les 14 patientes (8,8 %) dont l'examen était pathologique :

- quatre présentaient un col atrophique et un prolapsus ;
- une présentait une atrophie du col, un prolapsus ainsi que des métrorragies (hystérectomie ayant conduit à la découverte d'un adénocarcinome endométrioïde opéré) ;
- une présentait une « petite lésion » (sans autre précision) ;
- une présentait un aspect d'ecchymose linéaire sans lésion suspecte de la lèvre droite ;
- une présentait un utérus myomateux ainsi qu'une masse à la palpation mammaire ;
- une présentait un nodule douloureux du tiers inférieur de la paroi vaginale droite ;
- une présentait un prolapsus ainsi qu'une volumineuse adénopathie inguinale gauche ;
- une présentait un utérus myomateux ainsi qu'une sécheresse vaginale ;
- une présentait une lésion vaginale bourgeonnante avec aspect normal du col ;
- une présentait une masse rénitente sus-pubienne ainsi qu'un bombement du col refoulant le dôme vaginal vers l'avant (exploration ayant conduit au diagnostic de sarcome myxoïde) ;
- une présentait un prolapsus de la muqueuse urétrale.

Chez les 21 patientes (13,2 %) qui ont consulté pour métrorragies :

- une présentait un examen clinique normal avec un FCU pathologique et hystérocopie aboutissant au diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde ;
- une présentait un examen pathologique (atrophie + prolapsus + métrorragies provoquées) avec hystérocopie aboutissant au diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde ;
- une présentait un examen clinique douloureux avec hystérocopie aboutissant au diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde étendu (métastases hépatiques et pulmonaires) ;
- une présentait des métrorragies à l'examen avec FCU atrophique et indication à un bilan d'imagerie et biopsie de l'endomètre ;
- deux présentaient des myomes au bilan d'imagerie ;
- une présentait un polype bénin à l'hystérocopie ;
- une présentait un prolapsus à l'examen clinique ;
- deux ont été réorientées vers des urologues (suspicion de polypes vésicaux et prolapsus muqueux de l'urètre) ;
- une a été traitée par COLPOTROPHINE pour une plaie de la lèvre ;
- une a été traitée par METRONIDAZOLE pour des leucorrhées rapportées ;
- une présentait un examen pathologique avec lésion bourgeonnante du vagin et indication à une IRM exploratrice.

L'examen clinique et le FCU des 8 autres patientes n'ont pas décelé d'anomalie.

Le résultat du FCU antérieur à la consultation de 2013 était connu chez 120 patientes (75,5 %). Soixante d'entre elles (37,7 %) avaient un col atrophique (Tableau 5).

Tableau 5 : Résultat du FCU antérieur à 2013

Résultat du FCU antérieur à 2013	Effectif	Proportion (%)
Normal	47	29,5
Atrophique	60	37,7
Pathologique	2	1,2
Non consultable	11	7
Données non renseignées	39	24,5

Parmi les 120 FCU antérieurs à la consultation de 2013, 2 étaient pathologiques :

- l'un retrouvait des cellules malpighiennes atypiques d'aspect koilocytaire évoquant la possibilité d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade viro-induite. Ces éléments atypiques n'ont pas été retrouvés lors du FCU effectué un an plus tard.
- l'autre retrouvait des cellulaires glandulaires atypiques d'origine indéterminée (AGUS) avec absence de régression cyto-hormonale. L'exploration de ces anomalies a permis de diagnostiquer un adénocarcinome canalaire in situ endométrioïde traité par hystérectomie et annexectomie bilatérale. Aucune anomalie n'était détectée lors du FCU réalisé deux ans plus tard.

Soixante-six pour cent des FCU réalisés au cours de la consultation de 2013 étaient atrophiques (105 patientes - Tableau 6, Annexe 1).

Tableau 6 : Résultat du FCU réalisé pendant la consultation

Résultat du FCU réalisé pendant la consultation	Effectif	Proportion (%)
Normal	53	33,3
Atrophique	105	66
Pathologique	1	0,6

Le seul FCU pathologique mettait en évidence des atypies de cellules glandulaires d'origine indéterminée (AGUS), chez une patiente de 82 ans. Elle était adressée par un gynécologue libéral suite à la découverte d'une image intra-utérine à l'échographie pour exploration de métrorragies. L'IRM avait décelé un processus expansif de 40 mm intracavitaire. L'analyse histologique de l'hystérectomie mettait en évidence un adénocarcinome endométrioïde grade I. Celui-ci infiltrait plus de 50 % de la hauteur du myomètre, l'isthme ainsi que le tissu cellulo-musculaire de l'isthme. Des foyers carcinomateux in situ étaient présents dans l'endocol. La patiente a ensuite été traitée par chirurgie, radiothérapie et curiethérapie. Elle était asymptomatique lors de la consultation de suivi en 2014.

La comparaison des FCU antérieurs à 2013 à ceux réalisés en 2013 montrait que :

- cinquante-six patientes (35,2 %) présentaient un FCU atrophique lors des deux consultations successives ;
- trente-deux patientes (20,1 %) présentaient un FCU normal lors des deux consultations successives ;
- quinze patientes (9,4 %) présentaient un FCU initialement normal puis atrophique par la suite ;
- quatre patientes (2,5 %) présentaient un FCU initialement atrophique puis normal en 2013 ;
- deux patientes (1,2 %) présentaient un FCU pathologique puis normal.

De plus, le FCU antérieur à la consultation de 2013 était non consultable ou non renseigné pour 50 patientes (31,44 %).

Neuf patientes (5,6 %) avaient un col atrophique à l'examen clinique avec un FCU normal (Tableau 7). Les quatre patientes (2,5 %) pour lesquelles l'examen clinique n'était pas renseigné ainsi que celle (0,6 %) qui présentait un FCU pathologique n'ont pu être incluses au traitement des données.

Tableau 7 : Examen clinique en fonction du résultat du FCU

Examen clinique	FCU normal	FCU atrophique
Normal	34 (21,4 %)	63 (39,6 %)
Atrophique	9 (5,6 %)	22 (13,8 %)
Douleur, métrorragies, leucorrhées, autres	6 (3,8 %)	14 (8,8 %)
Prolapsus	3 (1,9 %)	3 (1,9 %)

IV – Analyse de la trophicité du col utérin au FCU en fonction des données cliniques recueillies

Un lien a été recherché entre la trophicité du col et les différents paramètres épidémiologiques et cliniques étudiés ci-dessus (Tableau 8).

Tableau 8 : Analyse de la trophicité du col retrouvée sur le FCU de 2013 en fonction de différents éléments

	Khi 2	Résultat
THS	5,545	p < 0,05
Age	1,711	NS
Parité	0,122	NS
Age de la ménopause	1,744	NS
Motif de consultation	4,421	NS
Symptômes	0,102	NS
Examen clinique	0,39	NS
Précédent FCU	44,531	p < 0,01

NS = non significatif

Il existe un lien statistique significatif entre la prescription de THS et la présence d'un col atrophique aux FCU en 2013. Il existe également un lien statistique significatif entre la description d'une atrophie du col utérin sur le FCU antérieur à la consultation de 2013 et sur celui de 2013 (Annexe 2).

Il n'a pas été retrouvé de lien statistique significatif entre les autres éléments (âge, parité, âge de la ménopause, motif de consultation, symptômes et examen clinique) et la trophicité du col utérin au FCU.

DISCUSSION

Cette étude rétrospective, descriptive et monocentrique porte sur l'analyse des résultats des FCU réalisés chez les patientes âgées de plus de 65 ans ayant consulté en Gynécologie au CHAM en 2013. Un seul FCU parmi les 159 réalisés était pathologique. Celui-ci a entraîné des examens complémentaires aboutissant à une hystérectomie. L'examen de la pièce opératoire a permis le diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde. Concernant la troyphicité du col aux FCU de 2013, un lien statistique a été mis en évidence avec la prescription antérieure de THS ainsi qu'avec le résultat du précédent FCU.

I – Résultats de l'étude

L'analyse de cette série de frottis réalisée par le Dr Schill présente l'avantage de limiter les biais d'interprétation. Seuls quelques frottis antérieurs à la consultation ont été analysés par un autre anatomopathologiste.

Cependant, cette étude présente différents biais. Il apparaît probablement un biais de recrutement puisque plus d'un quart des patientes consultait pour le suivi d'une pathologie gynécologique tumorale. Ces patientes opérées puis suivies à l'hôpital ne sont plus vues en ville. Elles présentent ainsi des antécédents différents de celles suivies en libéral. Cette différence pourrait notamment avoir engendré une modification des pratiques : une réalisation de FCU plus fréquente compte tenu des antécédents de pathologies tumorales.

Des erreurs dans le recueil d'information peuvent également avoir été commises. La liste des patientes ayant eu un FCU en 2013 au CHAM peut être incomplète du fait d'erreurs d'identification lors des frottis (risque d'autant plus probable que certaines patientes ont été exclues par erreur d'identification).

Seuls 8,98 % des patientes qui consultaient en Gynécologie au CHAM en 2013 étaient âgées de plus de 65 ans. La moyenne d'âge de l'effectif est de 72,62 ans, dont 16,3 % sont âgées de plus de 80 ans. Dans une étude rétrospective de 2005 portant sur 12 339 frottis prélevés chez des patientes âgées de 65 ans et plus, les patientes âgées de plus de 76 ans représentaient 12,82 % de la population (4). Une hypothèse expliquant cette observation serait que les patientes ne souhaitent plus être dépistées avec l'avancée en âge. La seule perte

d'autonomie ne semble pas expliquer ce phénomène, dans la mesure où de nombreuses personnes âgées resteront valides.

Les données gynécologiques (la parité, l'âge de la ménopause, les antécédents et l'indication d'un THS) sont correctement renseignées pour cette série. En revanche, l'état général ainsi que les traitements ne sont que rarement renseignés. Pour les 8 patientes chez lesquelles le traitement était renseigné, l'exhaustivité n'est pas garantie. Il est inattendu qu'au sein d'une population de femmes âgées de 65 ans et plus, 75 % des traitements renseignés soient des monothérapies. Toutefois, une monothérapie est envisageable compte tenu de la population concernée (patientes suffisamment autonomes pour venir consulter en ambulatoire).

Le motif de consultation est la poursuite du dépistage pour 33,3 % des patientes (contre 55,4 % dans l'étude de 2005 citée ci-dessus) (4) ; seulement 3,8 % de l'effectif total ont un antécédent de pathologie cervicale (contre 43,24 % dans l'étude de 2005) (4).

Deux patientes ont précisé avoir un nouveau compagnon au moment de la consultation. Le risque d'exposition à l'HPV serait ainsi pris en considération par ces patientes. Cependant, les recommandations américaines de 2012 précisent que le dépistage s'arrête à l'âge de 65 ans (s'il avait été régulier jusque là), y compris pour les patientes ayant depuis un nouveau partenaire (5).

Les métrorragies, symptôme-phare du cancer du col de l'utérus, ont été un motif fréquent de consultation. Parmi les 21 patientes consultant pour métrorragies, une seule d'entre elles en avait objectivement à l'examen clinique. Le diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde a été posé chez trois d'entre elles. Les métrorragies n'ont donc pas été en faveur de pathologies cervicales, mais liées à des cancers endométrioïdes.

Un seul frottis (0,6 %) parmi ceux réalisés lors des consultations de 2013 s'avère pathologique. Selon les données de la littérature, le taux de frottis pathologiques était de 2,6 % lors du dépistage organisé chez des patientes âgées de 50 à 74 ans en Isère entre 1991 et 2000 (6) ; de 4 % dans l'étude EVE (campagne de dépistage régional chez des patientes de 25 à 65 ans) (7) ; de 3 % dans l'étude CRISAP analysant les FCU réalisés en Ile-de-France sur une période de deux mois en 2002 (8) ; de 2,43 % dans l'étude rétrospective de 2005 (4) ; de

2,04 % dans une étude rétrospective, multicentrique, en Rhône-Alpes, sur une période de quatre ans, chez 53 644 patientes de plus de 65 ans (9). Le taux de la présente étude (0,6 %) pourrait s'expliquer par les caractéristiques de la population observée. Du fait des multiples antécédents de pathologies cancéreuses qu'elles présentent, les patientes qui consultent dans le service de Gynécologie du CHAM sont probablement suivies plus régulièrement que celles des autres études mentionnées. Dans ces dernières, il s'agissait généralement de patientes suivies en ville. Ce suivi plus régulier pourrait permettre de dépister plus précocement d'éventuelles anomalies au FCU et répartir au cours du temps leur apparition, diminuant l'incidence. Cependant, la prévalence d'anomalies cervicales du présent échantillon ne semble pas aller dans ce sens : alors qu'elle devrait être analogue, elle semble également inférieure à celle observée dans les autres études.

De plus, aucun frottis n'était ininterprétable parmi ceux ayant été analysés. Ce taux semble inférieur à ceux mentionnés dans la littérature : 1 à 2 % dans l'étude EVE (7) ; 2,67 % dans l'étude de 2005 (4) ; 1,04 % dans l'étude en Rhône-Alpes (9). Cette variation présumée pourrait notamment s'expliquer par le fait que tous les préleveurs sont gynécologues au sein du même service de Gynécologie du CHAM.

Il est inattendu d'observer que le frottis antérieur à la consultation de 2013 était atrophique pour 4 patientes, alors que leur frottis était normal par la suite, sans qu'un traitement local ne leur ait été prescrit. Trois de ces quatre FCU avaient été interprétés par le même anatomopathologiste. L'hypothèse qu'un même frottis puisse connaître différentes interprétations peut être avancée. La prise d'un traitement local non rapportée par la patiente ou non notifiée au dossier pourrait également participer à l'observation de ce phénomène. A l'inverse, il semble davantage prévisible que des patientes ayant eu un FCU normal antérieurement à la consultation aient ensuite un FCU atrophique, du fait de l'évolution physiologique de la trophicité.

Le fait que neuf patientes aient eu à l'examen clinique un col atrophique avec FCU normal ne saurait être expliqué. Un aspect macroscopique atrophique devrait se répercuter sur une analyse microscopique.

Il y a peu de données épidémiologiques dans la littérature concernant la question de la poursuite du dépistage après l'âge de 65 ans. Dans l'étude en Rhône-Alpes effectuée auprès

de 53 644 patientes, l'âge, le suivi antérieur et ultérieur au frottis pathologique, le médecin prescripteur étaient les principaux facteurs étudiés (9). L'âge moyen de découverte pour les cancers était de 75,72 ans et la médiane de 75 ans. Le suivi antérieur était inconnu pour 64,7 % des patientes, 31,5 % avaient des frottis antérieurs normaux et les autres avaient eu des frottis anormaux (1,09 % ASCUS, 0,54 % LSIL -lésion malphigienne intra-épithéliale de bas grade-, 2,17 % avec une lésion de haut grade). La durée moyenne de suivi antérieur était de 57,36 mois lorsque les frottis étaient normaux (médiane de 62,5 mois), de 55 mois lorsque les frottis antérieurs comportaient au moins un frottis de haut grade (médiane de 45,5 mois). Les prescripteurs des frottis mettant en évidence une lésion cancéreuse étaient des gynécologues (54,35 %), des médecins généralistes (19,02 %), des médecins spécialistes autres que chirurgien, radiothérapeute ou biologiste (26,63 %). Dans l'étude de 2005, l'âge, l'indication du FCU, les antécédents ainsi que le suivi étaient étudiés (4). Plus de la moitié des cancers (58,34 %) sont survenus chez des patientes ayant entre 66 et 75 ans et 20 % ayant entre 76 et 85 ans. L'indication du FCU était la poursuite du dépistage dans 55,4 % des cas. Parmi les femmes ayant eu un FCU pathologique, plus de la moitié d'entre elles (56,76 %) ne présentait aucun antécédent de frottis anormal et 75,67 % avaient eu un suivi gynécologique régulier. Dans l'étude en Isère, le suivi ultérieur, conforme ou non aux recommandations, ainsi que le médecin prescripteur étaient étudiés (6). Seuls 28 % des patientes ayant eu un frottis ASCUS ont bénéficié d'un suivi conforme aux recommandations. La prise en charge des femmes suivies par un gynécologue était davantage conforme aux recommandations que celle des patientes suivies par leur médecin généraliste. L'étude EVE avait mis l'accent sur l'utilité ou non d'un dépistage organisé, étudiant l'impact de celui-ci ainsi que le suivi ultérieur (7). Le taux de couverture chez les femmes de 25 à 65 ans incluses dans le dépistage organisé était de 72 % à trois ans et de 80 % à cinq ans. Respectivement 75 % et 80 % des femmes chez lesquelles des lésions de bas et de haut grade sont suspectées ont eu un deuxième examen dans l'année qui suit. Les relances ont permis une prise en charge différée avec une meilleure exhaustivité. Dans l'étude CRISAP, le préleveur, la technique utilisée, le type d'anomalie en fonction de l'âge ainsi que la répartition des anomalies en fonction du département ont été analysés (8). Les FCU étaient prélevés dans 96 % des cas par des gynécologues. La technique conventionnelle est utilisée pour 68 % des prélèvements. Les LSIL représentent le type d'anomalie le plus souvent dépisté avant l'âge de 35 ans. Au-delà de cet âge, ce sont les ASCUS. Les cancers sont diagnostiqués dans 62 % des cas après 55 ans. Il y a davantage de frottis anormaux dans les départements du 77, du 93 et du 95.

Dans cette série, des liens statistiques ont été recherchés entre atrophie du col utérin au FCU et les différentes données cliniques et paracliniques recueillies. Il y a statistiquement davantage de patientes ayant un col atrophique parmi celles traitées par THS (Khi-deux calculé = 5,54 ; $p < 0.05$). Cela peut sembler contradictoire : les patientes traitées par THS avaient peut être davantage de symptômes liés à la ménopause que celles qui ne l'étaient pas. Les premières avaient donc probablement un col davantage atrophique que les secondes. De manière cohérente et prévisible, il y a aussi un lien entre FCU antérieur atrophique et FCU de 2013 atrophique (Khi-deux calculé = 44,53 ; $p < 0.01$). Il n'a été retrouvé aucun lien statistique significatif entre l'atrophie du col au FCU et les autres données (âge, âge de survenue de la ménopause, parité, motif de consultation, symptômes et examen clinique). Peu de données à ce sujet figurent dans la littérature.

L'arrêt du dépistage par FCU est recommandé à l'âge de 65 ans lorsque le suivi a été correctement mené, mais la pratique est différente. Dans ce travail, parmi les 760 patientes âgées de plus de 65 ans ayant consulté dans le service de Gynécologie du CHAM en 2013, 197 ont eu un FCU. En 2003, un travail sur l'évaluation de la qualité des frottis pratiqués par les médecins généralistes montrait que 6,97 % des 588 frottis étudiés étaient réalisés chez des femmes âgées de plus de 65 ans (10). Dans l'étude de 2005, les frottis effectués après l'âge de 65 ans représentaient 6,27 % de la totalité des FCU réalisés en un an par le laboratoire (4). Dans l'étude réalisée en Rhône-Alpes, le taux de couverture sur une période de 5 ans des femmes âgées de 65 ans et plus ayant eu un FCU était de 28,52 % (9). La réalisation de FCU après de 65 ans, y compris chez des patientes ayant eu un suivi régulier, semble ainsi être une pratique courante. Il est probable qu'une telle pratique soit liée à l'interrogation des praticiens quant au bénéfice d'une poursuite du dépistage au-delà de l'âge limite.

Néanmoins, le dépistage baisse objectivement avec l'avancée en âge. En Isère, où le dépistage organisé s'adresse depuis 2002 aux femmes âgées de 50 à 74 ans, le taux de couverture chute de 70,6 % entre 60 et 65 ans à 44,8 % entre 66 et 74 ans (11). Les données épidémiologiques publiées en 2008 par l'InVS estiment le taux de couverture global par FCU à 58,7 % sur la période de 2003-2005 (12). La couverture est supérieure à 60 % entre 25 et 54 ans puis chute au-dessous de 50 % au-delà de 55 ans. Dans l'étude en Rhône-Alpes entre 2004 et 2008, le taux de couverture décline progressivement. De 66,06 % entre 65 et 69 ans inclus, il passe à 40,07 % entre 70 et 74 ans inclus, puis à 21,29 % entre 75 et 79 ans inclus, et

enfin à 6,33 % entre 80 et 100 ans inclus (9). Les résultats semblent globalement analogues dans l'étude de 2005 (4) et dans cette étude.

Ces résultats semblent plus manifestes en Isère, où les patientes âgées de plus de 65 ans sont invitées à être dépistées. En dépit de cette invitation, la baisse du taux de couverture évoque l'idée que la limite d'âge imposée par les recommandations ne soit pas le seul obstacle à la poursuite du dépistage. Avec l'avancée en âge, certaines femmes se désintéressent probablement de celui-ci. Du fait de pathologies handicapantes (limitant leurs déplacements), d'autres n'ont probablement plus la possibilité de venir se faire dépister.

II - Recommandations en France et à l'étranger

La HAS a publié en 2013 l'actualisation du référentiel de pratique de l'examen périodique de santé (2). Il y est recommandé d'interrompre le dépistage au-delà de 65 ans, du fait d'une diminution du risque de développer un cancer du col utérin au-delà de cet âge : le « rapport bénéfice/risque du dépistage deviendrait défavorable ». L'OMS a recommandé « d'interrompre le dépistage par FCU chez les femmes âgées de plus de 65 ans, sous réserve que les deux précédents frottis aient été négatifs ». D'après la HAS, un FCU de dépistage pourra être proposé chez les femmes de 65 à 70 ans en cas :

- d'impossibilité de vérifier si les deux derniers frottis étaient normaux ;
- d'absence de suivi gynécologique régulier et d'absence de FCU identifié au cours des trois années précédant l'âge de sortie du dépistage.

Les recommandations nord-américaines proposent de mettre un terme au dépistage si celui-ci a été régulier, à savoir trois FCU consécutifs normaux ou deux recherches d'HPV consécutives négatives. Ces FCU ou recherches d'HPV doivent dater de moins de 10 ans au moment de la fin du dépistage, le plus récent devant dater de moins de cinq ans (5). Pour les femmes à haut risque (antécédent de lésion précancéreuse de haut grade, exposition au DISTILBENE in utero, immunodépression) n'ayant pas eu un dépistage adéquat, celui-ci peut être poursuivi. Pour les femmes n'en ayant jamais bénéficié, le dépistage doit être réalisé tous les deux à cinq ans jusqu'à un âge pouvant aller de 70 à 75 ans.

Dans les recommandations de février 2015 du NICE, il est rappelé que le dépistage doit s'effectuer tous les trois ans entre 25 et 49 ans ainsi que tous les cinq ans entre 50 et 64 ans (13). Le taux de couverture pour 2012-2013 est de 78,3 %.

Les recommandations du groupe d'étude canadien préconisent un dépistage systématique jusqu'à l'âge de 69 ans (14). Au-delà, l'arrêt du dépistage est recommandé lorsqu'il devient « approprié » (à savoir trois FCU négatifs aux cours des dix dernières années). Dans le cas contraire, il doit être poursuivi.

Il semble donc consensuel que le dépistage puisse être interrompu après l'âge de 65 ans en cas de suivi antérieur régulier. Un dépistage organisé pourrait permettre une plus large couverture chez la femme jeune : dès lors le dépistage pourrait être arrêté à l'âge de 65 ans.

Les objectifs du Plan Cancer 3 concernant le cancer du col de l'utérus (15) ont été publiés en février 2014. Un dépistage national organisé doit être mis en œuvre, avec pour objectif de couvrir 80 % de la population dépistée. En mai 2015, il n'apparaissait pas d'avancée sur ce point.

Enfin, les résultats des différentes études montrent d'une part que le dépistage organisé ne permettra pas une couverture optimale de la population (4)(9)(11), et que d'autre part, il persiste un nombre non négligeable de cas de cancer du col de l'utérus chez les patientes auparavant bien suivies (4)(9).

III - Apport de la littérature : pour ou contre la poursuite du dépistage après 65 ans

La question de la poursuite du dépistage au-delà de 65 ans a été abordée à plusieurs reprises dans la littérature. Différents auteurs estiment que les cancers tardifs sont le fait de patientes non ou mal surveillées. Une étude rétrospective a été réalisée à Lille sur 2 130 lésions intra-épithéliales et cancers invasifs précoces (16). Dans cette étude, aucune des 23 patientes dont le cancer a été diagnostiqué après 50 ans n'avait eu de surveillance régulière. Elles n'avaient notamment eu aucun frottis au cours des cinq années précédant le diagnostic. Wijngaarden et Duncan, en Ecosse, retrouvent des résultats similaires avec des cancers du col beaucoup plus fréquents chez les patientes jeunes (711 femmes de moins de 45 ans ; 38 femmes de plus de 46 ans). De plus, aucune des 26 patientes âgées de plus de 50 ans qui ont

eu un cancer n'avait eu de dépistage approprié. Enfin, aucune des patientes âgées de plus de 50 ans qui avaient eu un dépistage approprié n'a développé de cancer (17). M Cruickshank, en Angleterre, aboutit aux mêmes conclusions : la prévalence de lésions cancéreuses est de 0,11 ‰ pour les femmes ayant eu un suivi adéquat, contre 0,59 ‰ de prévalence dans l'échantillon total (18). Ces auteurs proposent un arrêt du dépistage à partir de l'âge de 50 ans pour les femmes ayant eu un suivi adéquat (un FCU tous les trois ans) et n'ayant jamais eu d'anomalie jusqu'alors. Leroy confirme en 2005 que peut être « abandonnée après la ménopause la surveillance cytologique des femmes antérieurement bien surveillées, en restant vigilant pour les quelques femmes à risque et celles qui n'ont pas été correctement suivies » (3).

D'autres auteurs, au contraire, suggèrent de rester attentifs aux femmes âgées compte tenu de la fréquence des lésions cancéreuses dans cette population. En 2005, l'Institut de Veille Sanitaire a présenté les résultats de l'étude CRISAP et explique que « le risque de cancer du col est maximal chez les femmes âgées de plus de 65 ans ». Il confirme qu'il faut poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans chez les femmes n'ayant pas bénéficié de frottis avant l'atteinte de cet âge (8). Ces résultats sont repris dans la revue *Prescrire* : « Les FCU restent utiles, même après l'âge de 65 ans » (19).

Les données de l'Institut National du Cancer ont récemment publié de nouvelles données épidémiologiques. En 2012, en France, sont apparus 3028 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, dont 745 chez des femmes de 65 ans ou au-delà ce qui représente 24,6 % de cette population. Ont été également dénombrés, 1102 décès consécutifs au cancer du col de l'utérus, dont 537 survenus chez des femmes âgées de 65 ans ou au-delà, soit 48,72 % des décès. ces femmes âgées de 65 ans ou plus représentent ainsi environ un quart des nouveaux cas pour presque la moitié des décès (20).

Les femmes les plus âgées seraient donc davantage à risque de décéder du cancer du col de l'utérus. Dans un article publié en 2011, les auteurs rapportent que les lésions sont découvertes à un stade plus avancé chez les femmes plus âgées, donc de moins bon pronostic du fait d'un diagnostic plus tardif (21). De plus, les adénocarcinomes ont une incidence croissante après 40 ans alors que l'incidence des carcinomes squameux diminue après 40 ans. Or, le diagnostic cytologique des adénocarcinomes est plus difficile à poser en raison du développement endocervical privilégié (sans oublier les difficultés de cytologie en post-ménopause lorsqu'il existe une sténose cervicale).

Souhaitent approfondir l'idée selon laquelle les stades sont plus avancés chez les femmes âgées, une étude publiée en 2008 à Washington a permis d'établir une corrélation entre le stade du cancer plus avancé au moment du diagnostic et la durée écoulée depuis le dernier FCU (22).

L'hypothèse d'un second pic de prévalence d'infection à HVP à la ménopause a été avancée. Une étude publiée lors du 34ème Congrès National de la Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale a étudié ce pic (23). Parmi les 319 patientes suivies en consultation de ménopause, 34 ont eu un test HPV positif. Elles ont été comparées à un groupe témoin tiré au sort. La seule différence significative était le plus jeune âge des patientes ayant un test de recherche d'HPV positif. Ce phénomène a été étudié au Canada (24). Aucun second pic à Terre Neuve ni dans la région de Montréal n'a pas été observé.

Il est établi dans les Mises à jour en Gynécologie médicale publiées en 2010 que « ce sont les femmes avec le plus de facteurs de risque et donc les plus exposées au cancer du col qui sont les moins dépistées » (25). Un dépistage organisé pourrait permettre une plus vaste couverture que celle obtenue par le dépistage individuel. Cependant, le dépistage organisé en Isère jusqu'à l'âge de 74 ans tend à montrer que la couverture est améliorée mais reste moindre aux âges les plus avancés (11).

L'étude réalisée en Rhône-Alpes s'est intéressée au suivi antérieur des femmes ayant un frottis pathologique. Parmi les 5696 femmes ayant antérieurement bénéficié d'un suivi approprié, 2,02 % ont eu un FCU pathologique (9). Dans l'étude rétrospective de 2005, la proportion de frottis pathologiques chez des femmes de 65 ans et plus s'élève à 2,43 %. L'antériorité a été étudiée pour 100 de ces frottis pathologiques. Parmi les 74 réponses, 56 avaient eu un suivi régulier soit 75,67 % (4). Ces résultats inédits peuvent remettre en question l'arrêt du dépistage chez les patientes auparavant bien suivies.

Enfin, il n'y avait pas de différence de pronostic entre les jeunes patientes et les plus âgées dans une étude rétrospective réalisée en Chine et publiée en 2013 (26). Les patientes âgées avaient des cancers plus avancés, comme cela a déjà été constaté à plusieurs reprises. L'absence de différence significative en termes de survie pour les patientes âgées dans cette étude, malgré les stades plus avancés, incite à poursuivre le dépistage puisque les prises en charge sont efficaces.

CONCLUSION

Les femmes âgées de plus de 65 ans représentent une proportion non négligeable de femmes traitées pour cancer du col de l'utérus. Les diagnostics sont plus tardifs et à des stades plus avancés. Ces patientes ont souvent eu un dépistage inadapté et ont un taux de mortalité plus important. Pourtant, une étude en Chine a montré que malgré des formes plus avancées au diagnostic, il n'y a pas de différence pronostique entre ces patientes plus âgées et des patientes plus jeunes (26). Le meilleur taux de couverture espéré grâce au dépistage organisé pourrait donc permettre de diminuer l'incidence et la morbi-mortalité du cancer du col de l'utérus dans cette population.

De récentes études ont montré qu'il existe un nombre non négligeable de femmes de plus de 65 ans ayant eu un cancer du col de l'utérus malgré un dépistage adapté. Compte tenu de ce constat et du pronostic observé comparable dans l'étude chinoise citée ci-dessus (et ce malgré un traitement souvent moins agressif chez les patientes âgées) l'arrêt du dépistage à 65 ans en cas de suivi antérieur régulier semble discutable.

Notre étude n'identifie pas d'élément de réponse à ce problème. Toutefois, elle permet de confirmer, en cohérence avec les études précédentes, que la poursuite du dépistage après 65 ans est une pratique courante, même en dehors du champ des recommandations. La question d'une modification des pratiques peut être invoquée. S'il semblait évident à tous les praticiens que la poursuite du dépistage n'a aucune utilité, les pratiques seraient probablement différentes. Une étude multicentrique, prospective, longitudinale, basée sur un vaste échantillon, pourrait permettre d'apporter des éléments de réponse. Elle comparerait le pronostic des patientes âgées bénéficiant d'un dépistage systématique à celui de patientes âgées non dépistées.

En l'état actuel des connaissances, la pratique du dépistage au-delà de 65 ans peut être envisagée chez les patientes qui le souhaitent. Il semble nécessaire voire indispensable de rester vigilant vis-à-vis des symptômes de ces patientes et de ne pas hésiter à pratiquer un FCU quand celui-ci paraît indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

1. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 : étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013.
2. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus - Actualisation du référentiel de pratiques [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-luterus
3. Leroy J-L, Gondry J. Le programme de dépistage français : historique et modalités. Le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Springer; 2005. p. 69-80. Disponible sur: http://link.springer.com/chapter/10.1007/2-287-28699-3_5
4. Flori M, Dupraz C, Erpeldinger S, Le Goaziou M-F. Frottis du col de l'utérus chez les femmes de plus de 65 ans - Étude descriptive rétrospective réalisée sur une année. Rev Prat. 2009;59(10):29-32.
5. Moyer VA. Screening for cervical cancer : US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2012;156(12):880-91.
6. Billette-de-Villemeur A, Poncet F, Garnier A, Marron J, Le Marc'hadour F, Morens A, et al. Évaluation de la prise en charge des femmes de 50 à 74 ans après frottis du col de l'utérus répondu Ascus dans un dépistage organisé en Isère 1991–2000 : application de la conduite à tenir de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2009;37(10):787-95.
7. Fender M, Schott J, Baldauf J-J, Muller J, Schlund E, Dellenbach P. EVE, une campagne régionale de dépistage du cancer du col de l'utérus: Organisation, résultats à 7 ans et perspectives. Presse Médicale. 2003;32(33):1545-51.
8. Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002. BEH. 2005;2:5-6.
9. Lemay A-L, Guy X, Meyer R. Existe-t-il un intérêt à poursuivre les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes après 65 ans ? Etude rétrospective sur une population de 53 644 femmes en région Rhône-Alpes de 2004 à 2008. Thèse:Médecine :Lyon 1: 2010.
10. Faivre-Bihi C. Evaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus, pratiqués par les médecins généralistes en Région lyonnaise. Thèse:Médecine:Lyon:2003.
11. Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. InVS;2007;Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/ip/resource/filecenter/document/01s-00004i-01e/invs-do-k-col-eval-e-pide-miologique-des-4-dpts-pilotes.pdf>
12. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances, Actualisation 2008. InVS. Disponible sur :

<https://drupal.web.pasteur.fr/ip/resource/filecenter/document/01s-00004i-01h/cancer-col-uterus-2008.pdf>

13. The ZedScan as an adjunct to colposcopy in women with suspected cervical intra-epithelial neoplasia. NICE. Feb 2015 Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/advice/mib20/resources/non-guidance-the-zedscan-as-an-adjunct-to-colposcopy-in-women-with-suspected-cervical-intraepithelial-neoplasia-pdf>
14. Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs - GECSSP- concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. Journal de l'Association médicale canadienne. 7 janv 2013;
15. Communiqué de Presse SNGOF et SFCPCV- Plan Cancer III et dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus : 2.2014.
16. Leroy J. Jusqu'à quel age poursuivre les frottis cervicaux de dépistage? Age. 2001;15(21.25):26-30.
17. Van Wijngaarden WJ, Duncan ID. Rationale for stopping cervical screening in women over 50. BMJ. 10 avr 1993;306(6883):967-71.
18. Cruickshank ME, Angus V, Kelly M, McPhee S, Kitchener HC. The case for stopping cervical screening at age 50. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1 mai 1997;104(5):586-9.
19. Prescrire - Tous les articles en Une: Archive Cancer du col de l'utérus : "des frottis utiles même après 65 ans", 1er juillet 2005; 25(263):536. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/23612/0/2005/ArchiveNewsDetails.aspx?page=4>
20. Les données - Institut National Du cancer. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/13-cancer-col-uterus/14-incidence-france-cancer-col-uterus.html>
21. Morcel K, Lavoué V. Faut-il faire des frottis après 65 ans ? Mises À Jour En Gynécologie Médicale. 2011;661-76.
22. Fox KV, Shah CA, Swisher EM, Garcia RL, Mandel LS, Gray HJ, et al. An evaluation of cervical cancer in women age sixty and over. Gynecol Oncol. avr 2008;109(1):53-8.
23. Zarguit A. Infection par le papillomavirus humain chez la femme ménopausée. Thèse : Montpellier ; 2010.
24. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec - juin 2011- Institut national de santé publique du Québec. Disponible sur : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1279_LignesDirectDepistCancerColUterin.pdf
25. Lanta-Delmas S, Gondry J, Boulanger J-C. Dépistage et cancer du col: l'état des lieux en France. Mises À Jour En Gynécologie Médicale. 2010;657-76.
26. Gao Y, Ma J, Gao F, Song L. The evaluation of older patients with cervical cancer. Clin Interv Aging. juin 2013;783.

ANNEXES

ANNEXE I : Détails des résultats présentés

Tableau 1 : Distribution des effectifs en fonction de l'âge

Âge	< 70	[70 ; 75[	[75 ; 80[	[80 ; 85[	[85 ; 90[	[90 ; 95[	[95 ; 100[
Effectif	70	33	30	17	8	1	0
Proportion (%)	44,02	20,75	18,87	10,69	5	0,6	0

Tableau 2 : Etat général de l'effectif

Etat général	Effectif	Proportion (%)
Données non renseignées	154	97
Altéré	4	2,40
Bon	1	0,60

Tableau 3 : Polymédication de l'effectif

Polymédication	Effectif	Proportion (%)
Données non renseignées	151	95
1 traitement	6	3,7
> 1 traitement	2	1,2

Tableau 4 : Motif des consultations

Motif de consultation	Effectif	Proportion (%)
Symptôme (métrorragies / leucorrhées / douleur)	25	15,7
Symptôme autre	36	22,6
Suivi systématique	53	33,3
Suivi autre	45	28,3

Tableau 5 : Pathologie suivie

Pathologie suivie	Effectif	Proportion (%)
Cancer du sein	31	19,5
Adénocarcinome endométriode	7	4,4
Lésions / cancer du col	6	3,8
Pose de TOT	1	0,6

Tableau 6 : Symptômes ayant motivé la consultation

Symptômes	Effectif	Proportion (%)
Métrorragies	21	13,2
Douleur	4	2,5
Leucorrhées	4	2,5
Découverte d'une masse au Sein	8	5
Découverte d'une masse abdomino-pelvienne	5	3,1
Recherche de cancer (AEG / EP / lâcher ballon)	4	2,5
Prolapsus / sensation de « boule »	7	4,4
Incontinence urinaire d'effort	2	1,2
Pollakiurie	1	0,6
Brûlures vaginales	2	1,2
Souhait THS	1	0,6
Autre	6	3,7

Tableau 7 : Examen clinique de l'effectif

Examen clinique	Effectif	Proportion (%)
Normal	98	61,6
Col atrophique	31	19,5
Pathologique	14	8,8
Prolapsus	6	3,8
Métrorragies	2	1,2
Douleur à l'examen	2	1,2
Leucorrhées	2	1,2
Données non renseignées	4	2,5

ANNEXE II : Détails des calculs de l'analyse de la trophicité du col au FCU 2013 en fonction de différents éléments

Analyse de la trophicité en fonction de la prescription d'un THS :

Effectifs observés

FCU \ THS	THS	PAS de THS	Total
Normal	17	25	42
Atrophique	52	31	83
Total	69	56	125

Effectifs théoriques

FCU \ THS	THS	Pas de THS
Normal	23,18	18,82
Atrophique	45,82	37,18

Khi 2 calculé = 5,54

FCU \ THS	THS	Pas THS	
Normal	1,65	2,03	
Atrophique	0,83	1,03	
Total	2,48	3,06	5,54

Khi 2 théorique

3,84	p < .05	Différence significative
6,63	p < .01	NS

NS = non significatif

Analyse de la trophicité en fonction de l'âge :

Effectif observé

FCU \ Age	<70	[70 ; 75[	[75 ; 80[	>= 80
Normal	21	11	13	8
Atrophique	49	22	17	17
Total	70	33	30	25

Effectif théorique

FCU \ Age	<70	[70 ; 75[	[75 ; 80[	>= 80
Normal	23,48	11,07	10,06	8,39
Atrophique	46,52	21,93	19,94	16,61

Khi 2 calculé = 1,73

FCU \ Age	<70	[70 ; 75[	[75 ; 80[	>= 80	
Normal	0,26	0,01	0,86	0,02	
Atrophique	0,13	0,01	0,43	0,01	
Total	0,39	0,02	1,29	0,03	1,73

Khi 2 théorique = **7,815**

Khi 2 calculé < Khi 2 théorique => **Pas** de différence significative

Analyse de la trophicité en fonction de l'âge de la ménopause (Age*) :

Effectif observé

FCU \ Age*	<50	[50 ; 55[	[55 ; 60[	>= 60	Total
Normal	12	16	6	19	53
Atrophique	20	43	10	32	105
Total	32	59	16	51	158

Effectif théorique

FCU \ Age*	<50	[50 ; 55[	[55 ; 60[	>= 60
Normal	10,73	19,79	5,37	17,11
Atrophique	21,26	39,21	10,63	33,89

Khi 2 calculé = 1,75

FCU \ Age*	<50	[50 ; 55[	[55 ; 60[	>= 60	
Normal	0,15	0,73	0,07	0,21	
Atrophique	0,07	0,37	0,04	0,11	
Total	0,22	1,1	0,11	0,32	1,75

Khi 2 théorique = **7,815**

Khi 2 calculé < Khi 2 théorique => **Pas** de différence significative

Analyse de la trophicité en fonction de la parité :

Effectif observé

FCU \ Parité	Pas d'enfant	Enfant	Total
Normal	4	42	46
Atrophique	5	91	96
Total	9	133	142

Effectif théorique

FCU \ Parité	Pas d'enfant	Enfant
Normal	2,91	43,08
Atrophique	6,08	89,91

Correction de Yates = 0,20

FCU \ Parité	Pas d'enfant	Enfant	
Normal	0,12	0,01	
Atrophique	0,06	0,01	
Total	0,18	0,02	0,20

Khi 2 théorique = **3,841**

Khi 2 calculé corrigé < Khi 2 théorique => **Pas** de différence significative

Analyse de la trophicité en fonction du motif de consultation :

Effectif observé

FCU \ Motif	Suivi	Suivi*	Sptm	Sptm*	Total
Normal	12	17	9	15	53
Atrophique	41	28	15	21	105
Total	53	45	24	36	158

Suivi = suivi systématique, incluant le suivi annuel ; Suivi* = suivi de pathologie tumorale gynécologique ou suivi de pathologie gynécologique en cours de prise en charge ; Sptm = Symptôme incluant métrorragies / leucorrhées / douleur ; Sptm* = symptôme autre, incluant tout autre symptôme

Effectif théorique

FCU \ Motif	Suivi	Suivi*	Sptm	Sptm*
Normal	17,78	15,09	8,05	12,07
Atrophique	35,22	29,90	15,95	23,92

Suivi = suivi systématique, incluant le suivi annuel ; Suivi* = suivi de pathologie tumorale gynécologique ou suivi de pathologie gynécologique en cours de prise en charge ; Sptm = Symptôme incluant métrorragies / leucorrhées / douleur ; Sptm* = symptôme autre, incluant tout autre symptôme

Khi deux calculé = 4,43

FCU \ Motif	Suivi	Suivi*	Sptm	Sptm*	
Normal	1,88	0,24	0,11	0,71	
Atrophique	0,95	0,12	0,06	0,36	
Total	2,83	0,36	0,17	1,07	4,43

Suivi = suivi systématique, incluant le suivi annuel ; Suivi* = suivi de pathologie tumorale gynécologique ou suivi de pathologie gynécologique en cours de prise en charge ; Sptm = Symptôme incluant métrorragies / leucorrhées / douleur ; Sptm* = symptôme autre, incluant tout autre symptôme

Khi 2 théorique = **7,815**

Khi 2 calculé < Khi 2 théorique => **Pas** de différence significative

Analyse de la trophicité en fonction des symptômes :

Effectif observé

FCU \ Symptôme	Symptôme	Pas de symptôme	Total
Normal	10	43	53
Atrophique	18	89	107
Total	28	132	160

Symptôme = métrorragies / leucorrhées / douleur

Effectif théorique

FCU \ Symptôme	Symptôme	Pas de symptôme
Normal	9,27	43,72
Atrophique	18,72	88,27

Symptôme = métrorragies / leucorrhées / douleur

Khi deux calculé = 0,11

FCU \ Symptôme	Symptôme	Pas de symptôme	
Normal	0,06	0,01	
Atrophique	0,03	0,01	
Total	0,09	0,02	0,11

Symptôme = métrorragies / leucorrhées / douleur

Khi 2 théorique = **3,841**

Khi 2 calculé < Khi 2 théorique => **Pas** de différence significative

Analyse de la trophicité en fonction de l'examen clinique :

Effectif observé

FCU \ Examen	Normal	Atrophique	Patho etc	Total
Normal	34	9	9	52
Atrophique	63	22	17	102
Total	97	31	26	154

Patho etc = pathologique + prolapsus + symptôme (métrorragies / leucorrhées / douleur)

Effectif théorique

FCU \ Examen	Normal	Atrophique	Patho etc
Normal	32,75	10,47	8,78
Atrophique	64,25	20,53	17,22

Patho etc = pathologique + prolapsus + symptôme (métrorragies / leucorrhées / douleur)

Khi 2 calculé = 0,4

FCU \ Examen	Normal	Atrophique	Patho etc	
Normal	0,05	0,21	0,01	
Atrophique	0,02	0,10	0,01	
Total	0,07	0,31	0,02	0,4

Patho etc = pathologique + prolapsus + symptôme (métrorragies / leucorrhées / douleur)

Khi 2 théorique = **5,991**

Khi 2 calculé < Khi 2 théorique => **Pas** de différence significative

Analyse de la trophicité en fonction du précédent FCU :

Analyse sur 107 FCU puisque 52 FCU sont non vus / non renseignés / pathologiques.

Effectif observé

FCU 2013 \ Pcdt FCU	Normal	Atrophique	Total
Normal	32	4	36
Atrophique	15	56	71
Total	47	60	107

FCU 2013 = FCU réalisé lors de la consultation ; Pcdt FCU = précédent FCU

Effectif théorique

FCU 2013 \ Pcdt FCU	Normal	Atrophique
Normal	15,81	20,19
Atrophique	31,19	39,81

FCU 2013 = FCU réalisé lors de la consultation ; Pcdt FCU = précédent FCU

Khi 2 calculé = 44,53

FCU 2013 \ Pcdt FCU	Normal	Atrophique	
Normal	16,57	12,98	
Atrophique	8,40	6,58	
Total	24,97	19,56	44,53

FCU 2013 = FCU réalisé lors de la consultation ; Pcdt FCU = précédent FCU

Khi 2 théorique

3,841	p < .05	Différence significative
6,635	p < .01	Différence significative

MORILLON Charline

46 pages – 8 tableaux – 5 figures

Résumé :

Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique. Le dépistage actuel est recommandé chez les femmes jusqu'à l'âge de 65 ans. L'espérance de vie a augmenté, ainsi que le nombre de remariages, majorant la probabilité d'exposition au Papillomavirus Humain. La question de la poursuite du dépistage au-delà de 65 ans s'inscrit donc dans un contexte démographique et sociologique.

Cette étude rétrospective a évalué le nombre de frottis pathologiques chez les femmes de plus de 65 ans ayant consulté dans le service de Gynécologie du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise en 2013. Un lien entre la trophicité du col de l'utérus et différents facteurs cliniques a été recherché.

Ce travail a porté sur 159 patientes. Celles-ci consultaient soit à la suite de l'apparition d'un symptôme (39 %), soit pour un suivi (33 %), soit pour le suivi d'une pathologie tumorale (27,67 %). Un seul frottis cervico-utérin (FCU) s'est avéré être pathologique (0,6 %), aboutissant au diagnostic d'adénocarcinome endométrioïde. Un lien statistique a pu être établi entre la trophicité du col aux FCU de 2013 et la prescription d'un traitement hormonal substitutif, ainsi qu'avec le résultat du FCU précédent.

La réalisation de FCU chez les femmes âgées de plus de 65 ans semble donc être une pratique courante. L'échantillon restreint n'a pas permis de conclure quant à l'utilité de poursuivre le dépistage. Plusieurs études antérieures évoquaient un taux non négligeable de patientes ayant eu un frottis pathologique malgré un suivi correctement mené. Le dépistage organisé pourrait diminuer l'incidence du cancer du col chez les patientes âgées.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérins, dépistage, femmes de plus de 65 ans

Jury :

Président : **Monsieur le Professeur Thierry CONSTANS**

Membres : **Madame le Professeur Caroline HOMMET**
Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Madame le Docteur Marie-Christine HAUSCHILD
Monsieur le Docteur Nourddine BALLOUCHE Nourddine

Date de la soutenance : 29 Juin 2015