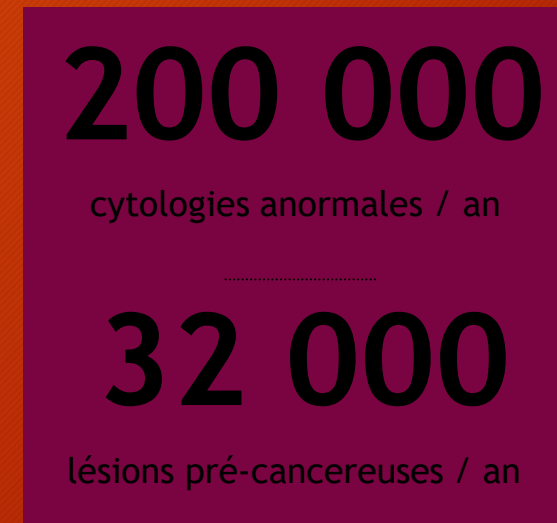


Dépistage du cancer du col de l'utérus

En France, le CCU, c'est...



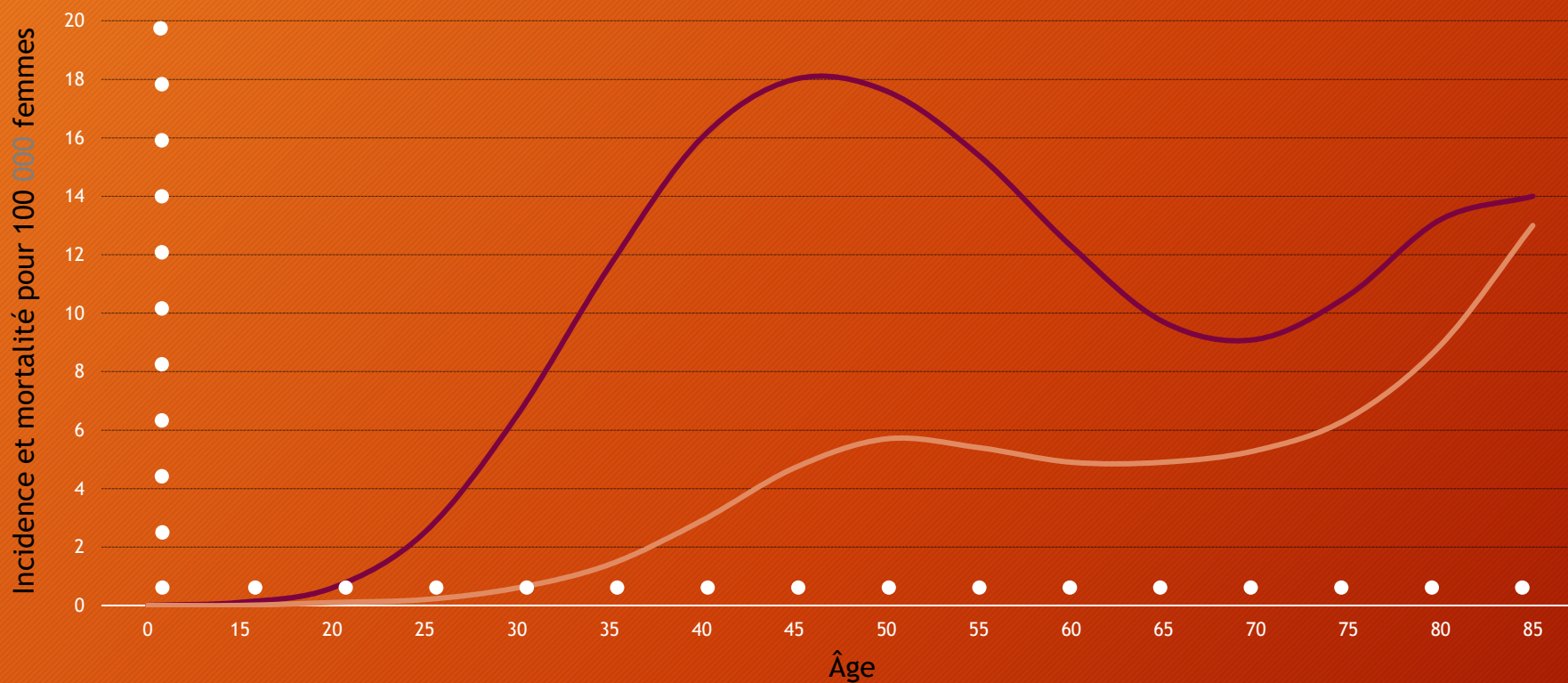
Source : SPF, Dossier thématique Cancer du col de l'Utérus 16 septembre 2019

Source : Population-based organized cervical cancer screening pilot program in France Françoise F. Hamers, Nicolas Duport and Nathalie Beltzer, 2018

Source : Haute Autorité de Santé, « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 », Recommandation en santé publique, juill. 2019.

53 ans : âge médian du diagnostic

Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus par âge



64 ans
Âge moyen au décès



● Incidence
● Mortalité

Source : SPF, BEH septembre 2019

Source : SPF/Francim, Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018

Le dépistage : les principes

- Agir de manière précoce pour optimiser les chances



- Cancers évités
- Décès évités
- Années de vie gagnées
- Traitements moins lourds et plus efficaces
- Séquelles moindres



« Le dépistage, c'est faire la distinction entre les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. »

-OMS-

Les recommandations françaises



**Un dépistage par examen
cytologique de 25 à 29 ans**

**2 examens cytologiques à 1 an
d'intervalle puis un nouveau dépistage*
3 ans plus tard si les résultats des 2
premiers sont normaux**

**Un dépistage par test HPV
de 30 à 65 ans**

**1 test HPV 3 ans après le dernier
examen cytologique normal,
ou dès 30 ans si pas de test antérieur,
puis tous les 5 ans**

** Le test de dépistage à réaliser dépendra de l'âge de la femme.*

Source : Haute Autorité de Santé, « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 », Recommandation en santé publique, juill. 2019.

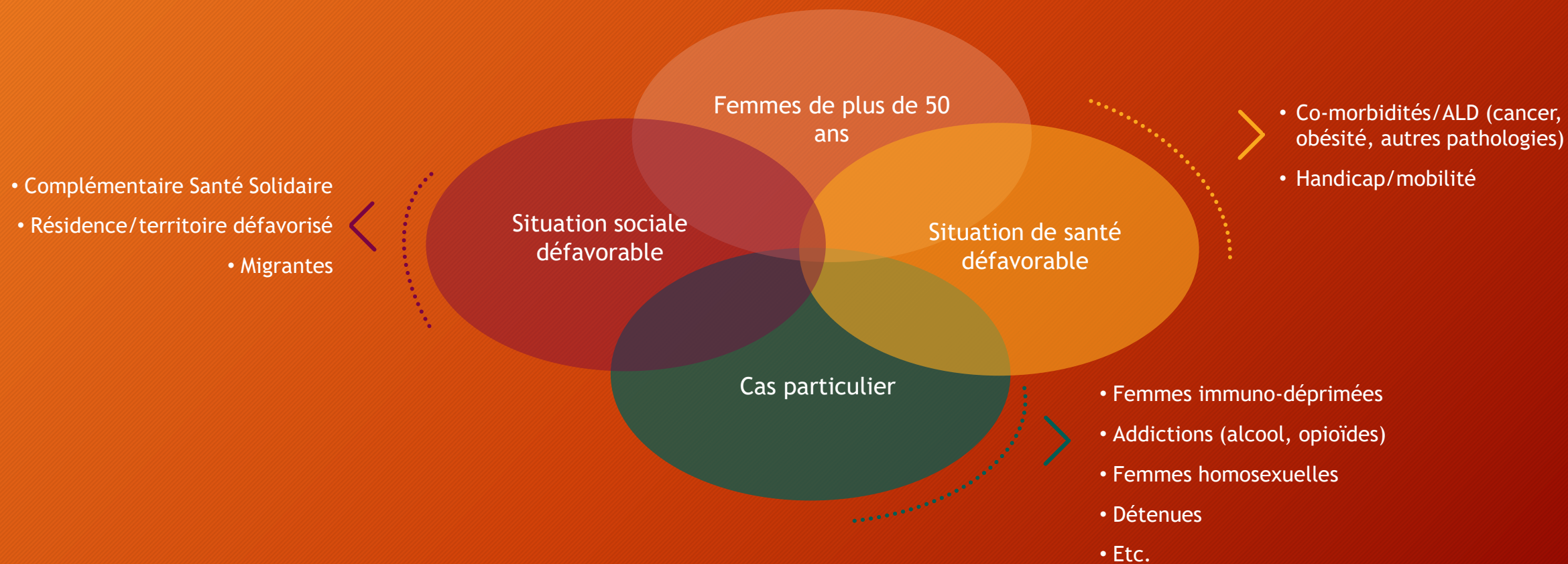
Co-testing : association systématique d'une cytologie et d'un test HPV-HR



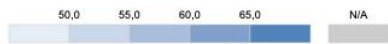
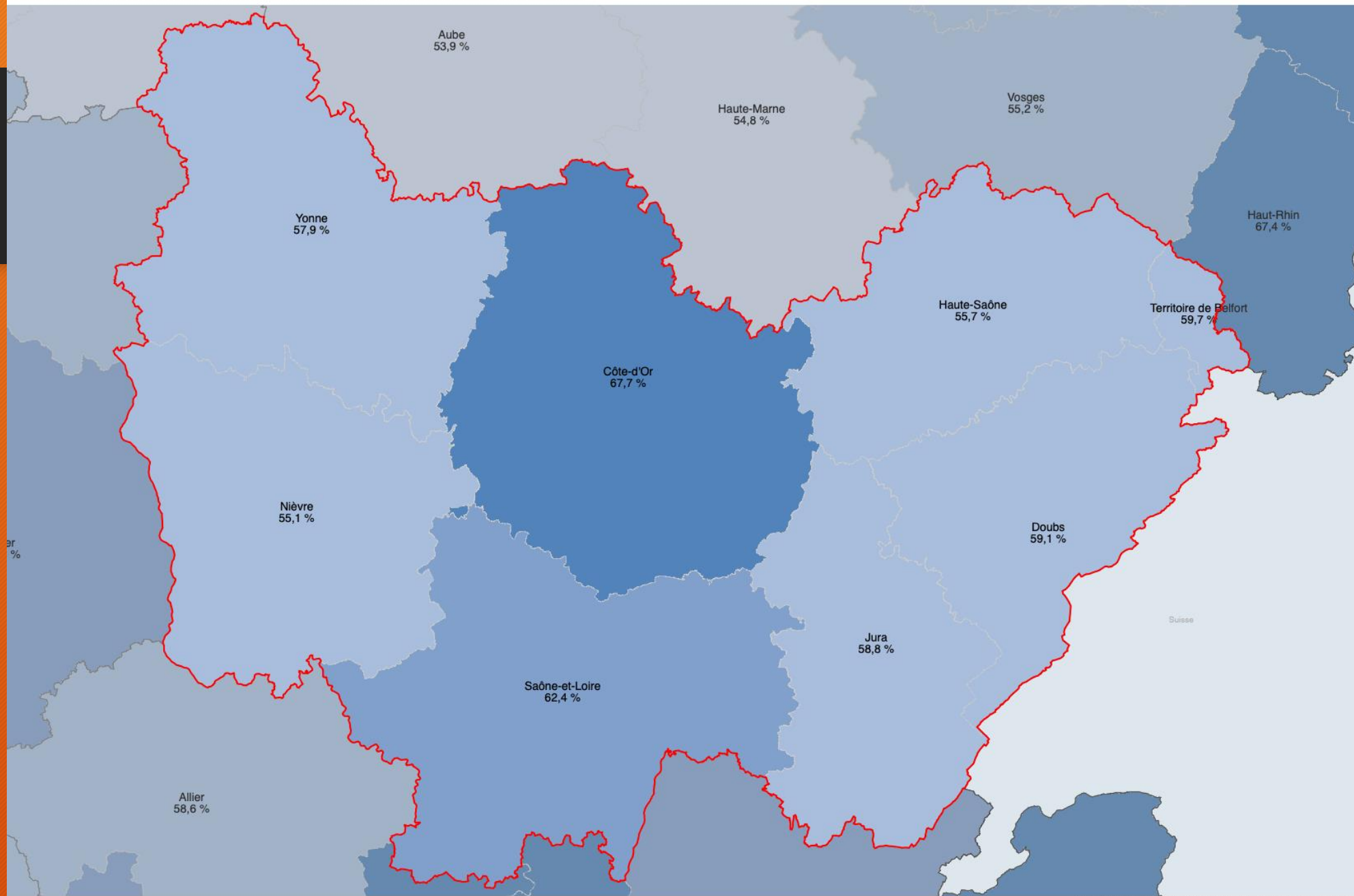
Le recours au co-testing n'est pas recommandé dans le cadre du dépistage. En effet, devant le manque de preuves du bénéfice de son utilisation il convient de privilégier le recours à un seul test de dépistage (examen cytologique ou test HPV-HR) selon l'âge de la femme.

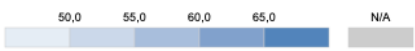
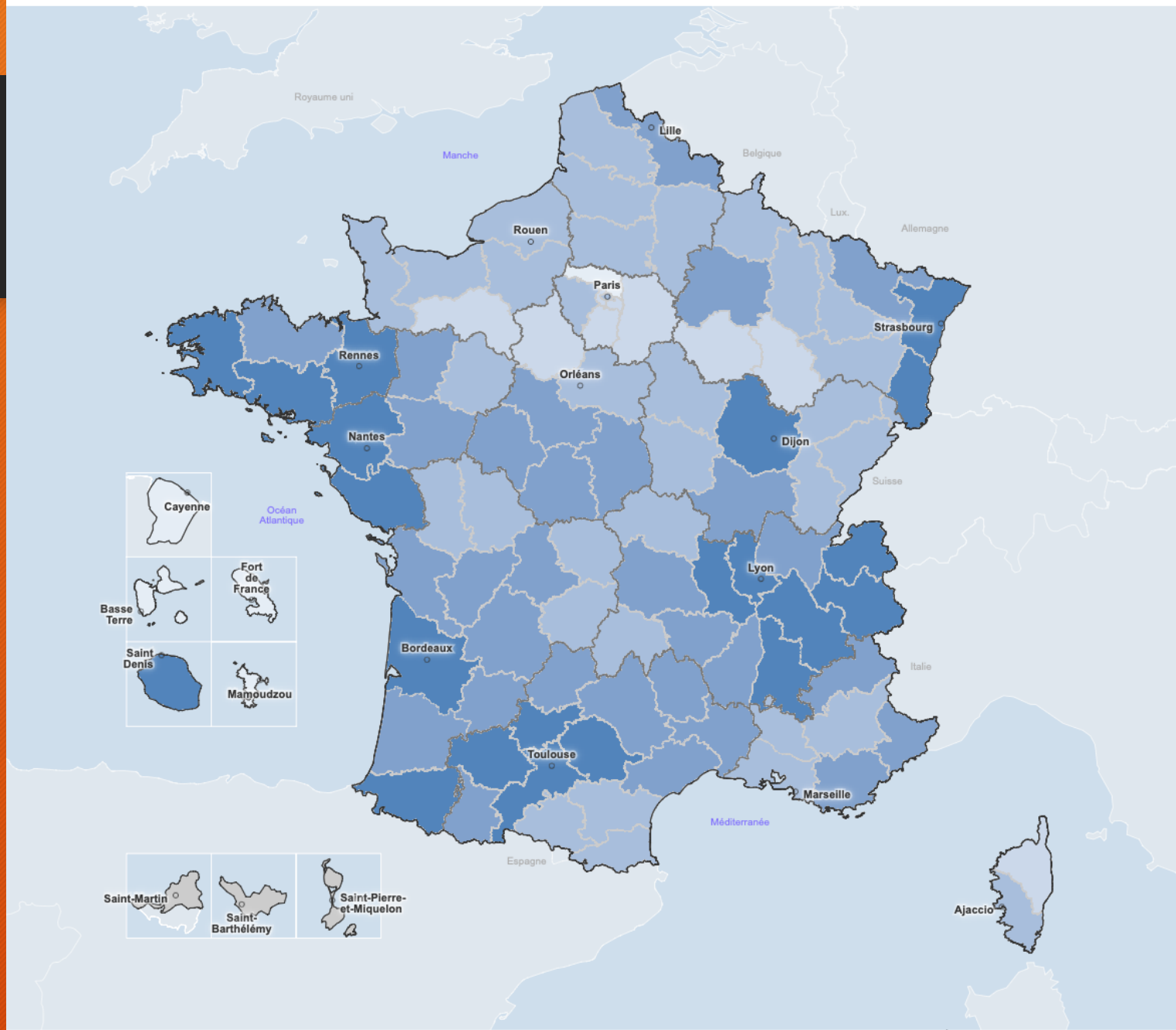
Source : HAS, « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 », Recommandation en santé publique, juill. 2019.

La caractérisation des femmes non participantes



Source : D'après Barré et al., Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par dépistage cytologique en France, BEH, 2017





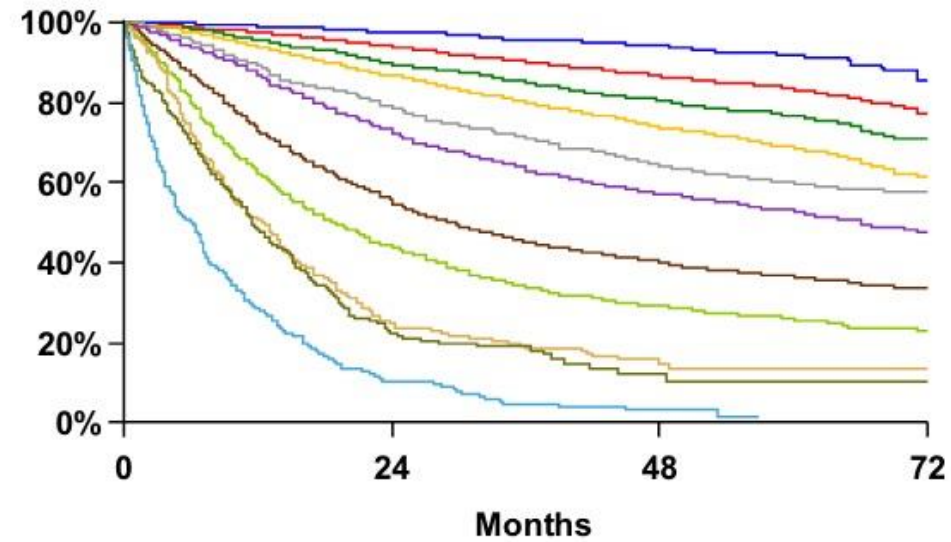
Dépistage du cancer bronchopulmonaire

Epidémiologie - Données France











- 46 300 Cas en 2018 (3^e rang tout sexe)
 - 1/3 Femme (Incidence en hausse + 5 % par an [2010-2018])
 - 2/3 Homme (Incidence en légère baisse -0,3 % par an [2010-2018])
- 33 100 Décès en 2018 (1^{ère} Cause de mortalité par cancer)
 - 1/3 Femme (+ 3 % par an [2010-2018])
 - 2/3 Homme (- 1,6 % par an [2010-2018])
- Taux de survie nette à 5 ans : 20 %

Epidémiologie

- Diagnostic à un stade avancé (68 % stade III/IV)
- Survie à 5 ans :
 - Stade avancé : 15 %
 - Stade IA : 90 %



Proposed	Events / N	MST	24 Month	60 Month
IA1	68 / 781	NR	97%	92%
IA2	505 / 3105	NR	94%	83%
IA3	546 / 2417	NR	90%	77%
IB	560 / 1928	NR	87%	68%
IIA	215 / 585	NR	79%	60%
IIB	605 / 1453	66.0	72%	53%
IIIA	2052 / 3200	29.3	55%	36%
IIIB	1551 / 2140	19.0	44%	26%
IIIC	831 / 986	12.6	24%	13%
IVA	336 / 484	11.5	23%	10%
IVB	328 / 398	6.0	10%	0%

Trial (country)	Control arm	CT schedule (years)										N exp. N cont.	Age		Tobacco	Other	Nodule interpretation model	Follow-up	Result Lung cancer mortality (Overall mortality)	Ref.
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	On.		End							
DEPISCAN 	CXR											385 380	50	75	>15cig/d > 20y Form. <15y		NELSON like	<2y	<i>Not reported</i>	Blanchon T et al. Lung Cancer. 2007;58(1):50-8.
LSS 	CXR											1660 1658	55	74	>30 PY Form. <10y		NLST >4mm	5.2y	1.24 [0.74-2.08] (1.20 [0.94-1.54])	Doroudi M et al. JNCI Cancer Spectr. 2018; 2(3): pky042.
NLST 	CXR											26722 26732	55	74	>30 PY Form. <15y		NLST >4mm	6.5y	0.8 [0.73-0.93] (0.93 [0.86-0.99])	National Lung Screening Trial Research Team, N Engl J Med. 2011;365(5):395-409.
DANTE 	CXR baseline then observ.											1264 1186	60	75		Male only	NLST (≥10mm)	8y	<i>Pooled with MILD</i> 0.83 [0.61-1.12] (0.89 [0.74-1.06])	Infante M et al. Eur J Cancer Prev. 2017;26(4):324-329.
MILD 	Observ.											2376 1723	50	75	> 20PY Form. <10y		NELSON like	10y	0.61 [0.39-0.95] (0.8 [0.62-1.03])	Pastorino U et al. Ann Oncol. 2019;30(7):1162-1169
DLCST* 	Observ.										2052 2052	50	70		FEV1 > 30%			5y	1.03 [0.66-1.6] (1.02 [0.82-1.27])	Saghir Z et al. Thorax. 2012;67(4):296-301.
ITALUNG* 	Observ.										1613 1593	55	70					10y	0.70 [0.47-1.03] (0.83 [0.67-1.03])	Paci E et al. Thorax. 2017;72(9):825-831
LUSI* 	Observ.										2029 2023	50	70	>15cig/d > 25y OR			8.8y	M: 0.94 [0.54-1.61] F: 0.31 [0.10-0.96]	Becker N et al. Int J Cancer. 2020;146(6):1503-1513	
NELSON* 	Observ.								OPTION		7907 7915	50	75	>10cig/d > 30y Form. <10y			11y	M: 0.76 [0.61-0.94] F: 0.67 [0.38-1.14] (M: 1.01 [0.92-1.11])	De Koning HJ et al. N Engl J Med. 2020;382(6):503-513	
UKLS 	Observ.										1987 1981	50	75	-	LLPv2 > 4.5%		7.3	0.65 [0.41-1.02]	Field JK et al. Lancet Reg Health Eur. 2021	

Méta-Analyse

- Revue Cochrane 2022
- Inclusion : Essais randomisés
- Incluant : Scanner faible dose, mortalité, inconvenient
- Minimum 5 ans de suivi pour étude mortalité.
- 11 essai : 94 445 participants

Résultats de la Méta-Analyse

- Réduction de la mortalité spécifique : 21 %
- Réduction de la mortalité toute cause : 5 %
- Surdiagnostic : 18 %
- Augmentation actes invasifs : RR = 2.60
- Décès post-chirurgie : RR = 0.68 (NS)
- Score d'anxiété : SMD = - 0.47

Avis de la HAS

- 2016 : Conditions non réunies pour un dépistage chez les fumeurs.
- 2022 : Nouvelles recommandations
 - Dépistage par TDM faible dose prouvé réduction spécifique de mortalité
 - Vigilance sur les possibles effets délétères
 - -> **Intérêt de débiter des phases pilotes (financement)**