

<p><b>COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE ANNUELLE</b> <b>de l'UPIGO du 25 -26 Octobre 2019 à Strasbourg.</b></p>
--

- En préliminaire de l'assemblée générale une réunion du bureau s'est tenue le 25 octobre 2019 .Elle a porté sur les informations relatives à l'organisation de la présente AG , les modalités du programme social, les thèmes, dates et lieu de la prochaine AG.

L'assemblée générale a débuté par une **présentation des participants** venus d'Europe et d'Afrique ( voir liste en annexe). L'ingéniosité des sages-femmes du Mali a permis de distribuer un beau badge à chaque participant.

**Allocution d'ouverture du président CHIONIS** qui a souhaité la bienvenue aux participants venus d'Albanie, de France, de Grèce, du Mali ; de la République Centrafricaine ; du Burkina Faso et de la Mauritanie et du Tchad et de la Suisse et leur a adressé ses remerciements pour leur participation à cette AG

**Intervention du Prof. SIBILIA, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg.** Le doyen, statutairement membre d'honneur de l'UPIGO, a situé cette AG par une brillante allocution, dans le cadre de la rencontre des cultures et des relations professionnelles internationales entre l'Afrique et l'Europe. Il a rappelé la nouvelle organisation du système de santé en France avec le concept de faculté des sciences de la santé regroupant en un seul endroit des professionnels de la santé : médecins, pharmaciens et sages-femmes dans un respect mutuel ou chacun a un rôle à jouer dans un esprit de parfaite collaboration. Il a conclu par un

message de fraternité , de générosité dans nos différences et a plaidé pour la préservation de cette collaboration, comme prônée par l’OMS dès sa création en 1946.

### **Rapport du secrétaire général : Moustapha TOURE**

Il fait état des échanges entre l’UPIGO avec plusieurs pays africains. Le secrétaire général a effectué diverses démarches auprès de l’Union Européenne pour le projet de formation en échographie de base pour les sages-femmes africaines. La soumission de ce projet doit se faire à travers un appel d’offre dont les termes de références nous ont été remis et qui seront partagés et discutés avec les participants lors de la prochaine AG .

### **Rapport du trésorier : Guy SCHLAEDER**

Le bilan détaillé a été présenté en séance plénière. Les comptes sont équilibrés. Le détail des comptes a été présenté à l’Assemblée générale. Trésorier a fait l’état du paiement des cotisations . Le niveau des cotisations est maintenu pour l’an prochain. A savoir : pour la France 2800€, le Mali 400€, la République Centrafricaine 400€ , la Grèce 950€, l’ Albanie 400€.

### **Tour de table des délégations**

Ce tour de table a été l’occasion de la présentation des différentes délégations. Il en ressort que la question de l’insécurité due aux agressions djihadistes est le dénominateur commun à tous les pays africains présents ( Mali – Mauritanie – Burkina Faso – Tchad – Centrafrique ). L’insécurité est un frein à la mobilité des populations dans le cadre des soins. A ce titre le renforcement des compétences des ressources humaines sera d’un apport considérable dans l’offre des soins de qualités notamment gynécologiques et obstétricaux. Les sages-femmes n’ont pas reçu de formation en échographie dans les différents pays à l’exception de quelques-unes en Mauritanie.

Ceci justifie le thème principal échographie de base pour les sages-femmes d'Afrique Francophone .A l'unanimité elles estiment la durée de la formation à 1 mois.

## **§ PRESENTATION DE L'ALSACE ET DE STRASBOURG par Guy SCHLAEDER**

Strasbourg ville estudiantine accueille près de 50 000 étudiants. Nous bénéficions d'une forte activité de recherches, en particulier en sciences et en médecine. Nos derniers 4 prix Nobel sont encore en activité. Parmi les anciens prix Nobel Strasbourgeois, Albert Schweitzer est le plus connu. Prix Nobel de la paix en 1952, il a bénéficié de sa formation universitaire à Strasbourg. Pasteur protestant, il a décidé à l'âge de 30 ans de faire des études de médecine. Il créa un hôpital à Lambaréné au GABON. Il fut aussi musicien et philosophe.

Grand centre de communication, Strasbourg abrite plusieurs institutions européennes : le Parlement européen regroupant 27 pays , le Conseil de l'Europe regroupant 47 pays , la Cour européenne des Droits de l'Homme . On note une nette influence de la culture allemande : en témoigne le siège de la télévision franco-allemande ARTE. L'Alsace ne fut rattachée à la France qu'en 1648, lors du traité de Westphalie.

L'ALSACE bénéficie d'une terre très fertile, dans sa plaine située entre le Rhin et les Vosges.



Les collines pré-vosgiennes sont recouvertes de célèbres vignobles : riesling, gewürtztraminer et pinot gris sont les crus les plus connus et largement exportés

La session Scientifique comportait les thèmes suivants :

L'échographie de base pour les sages- femmes africaines, le diabète et grossesse, le paludisme et grossesse, la prise en charge des masses annexielles en coelioscopie.

## **PREMIER THEME : L'ECHOGRAPHIE DE BASE POUR LES SAGES-FEMMES.**

### **§ NOTRE EXPERIENCE DE FORMATION EN ECHOGRAPHIE DE SAGES-FEMMES EN AFRIQUE DE L'OUEST : par Eduard**

**NEUENSCHWANDER (Bern, Suisse).** Cette expérience s'est déroulée dans le cadre de la Fondation « SMW Stiftung für medizinisches Wissenstransfer » (fondation pour le transfert du savoir médical) [www.stiftung-smv.ch](http://www.stiftung-smv.ch), dont la belle devise est « on ne vit seulement que lorsqu'on vit aussi un peu pour les autres ». L'expérience de formation des sages-femmes africaines est déjà ancienne. Au cours du projet développé en Afrique de l'Ouest en Tanzanie et au Kenya, 25 stations d'échographie ont été déployées. De nombreux cours ont été donnés.

Que retenir de cette très riche expérience ? Les cours d'échographie de base consistaient en 2 modules de 4 jours. Du point de vue pratique l'objectif est que la sage-femme sache : déterminer l'âge gestationnel, localiser le placenta, dépister les grossesses multiples, évaluer la quantité de liquide amniotique, la présentation fœtale et la biométrie fœtale. Il s'agit d'être efficace en ayant à l'esprit que les examens courants nécessitent 20% d'efforts pour 80% de résultats. L'étude morphologique à la recherche de malformations fœtales prend 80% d'effort pour 20% de résultat. La formation pratique a lieu soit dans les hôpitaux soit dans les cabinets privés. Pour obtenir le certificat d'échographie de 1<sup>er</sup> niveau la sage-femme doit avoir effectué au moins 50 examens échographiques sous supervision. La validation du certificat implique évidemment un contrôle des connaissances théoriques.

Le bon déroulement de la formation nécessite une bonne coopération avec les autorités et les médecins locaux. La formation doit être soutenue par le gouvernement local.

On insiste sur la nécessité de rédiger un compte-rendu après l'examen de chaque parturiente. Périodiquement, tous les mois, la sage-femme rédige le bilan de son activité échographique.

Dès le départ de la formation on insiste sur la nécessité pour la SF de rester en contact avec son tuteur. Elle sera motivée à se maintenir à niveau grâce à la formation continue.

La formation doit prioritairement concerner les SF en zones rurales difficiles d'accès.

Pour la mise en œuvre d'un tel programme , il faut privilégier des échographes neufs car il existe sur le marché du matériel robuste , fiable à prix abordable. Détail technique, en raison de l'irrégularité de la fourniture d'électricité, il est nécessaire d'équiper les appareils de stabilisateurs.

OR EMHF WII #GH#DD #R QGDWIR Q #VP Z #Q #IVW#SDV#VHXOHP HQW#

G #SSR UWHU #GHV #HF KR J UDSKHV #DX [ #VDJ HVQIHP P HV#P DIV #DXVVI#

GH#DHXU #SSUHQG UH#D #OHV #XWIOVHU I##

## **§ LA FORMATION DES SAGES-FEMMES EN ECHOGRAPHIE EN FRANCE : par Anita BASSO et Catherine BURGY, sages-femmes enseignantes à l'Ecole des sages-femmes de Strasbourg.**

- Du point de vue pratique les sages-femmes apprennent à effectuer : la localisation du placenta, l'évaluation de la quantité de liquide amniotique, le diagnostic de la vitalité foetale, la biométrie foetale, le diagnostic de la présentation foetale, la datation précoce avant la 11<sup>ème</sup> semaine, l'identification des structures gynécologiques.
- Les sages-femmes peuvent réaliser les échographies gynécologiques de monitoring de l'ovulation, sous réserve que

leur expérience et leur formation aient été jugées suffisantes par les praticiens d'assistance médicale à la procréation de leur centre.

- Les sages-femmes ont la possibilité de se perfectionner dans le cadre d'un diplôme inter-universitaire DIU de gynécologie obstétrique. Ce diplôme DIU réunit sages-femmes et médecins dans le même enseignement.
- Diplômées ou non en échographie, les sages-femmes doivent satisfaire aux obligations de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles afin de maintenir et contrôler leurs connaissances.

## **DEUXIEME THEME : LE PALUDISME ET GROSSESSE**

### **§ POINT DE VUE AFRICAIN SUR PALUDISME ET GROSSESSE par Abdoulaye SEPOU (Bangui Centrafrique)**

#### **GÉNÉRALITÉS**

Le paludisme est une maladie infectieuse due à un parasite du genre plasmodium.

Ces parasites sont propagés par les piqûres de moustiques infectés, appelées anophèles. La manifestation fréquente est la fièvre. Le décès est possible.

#### **HISTORIQUE**

La cause de la maladie est découverte le 06 novembre 1880 à l'hôpital militaire de Constantine, Algérie, par le Médecin militaire français, Alphonse LAVERAN

En 1897, le médecin anglais Ronald ROSS prouva que les moustiques anophèles étaient les vecteurs du paludisme. En 1899, l'Italien Giovanni Battista GRASSI démontre que le paludisme ne peut être transmis que par les anophèles via leur système digestif.

## EPIDÉMIOLOGIE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé en 2017, 219 millions de cas de paludisme, répartis dans 87 pays. Le paludisme a entraîné 435.000 décès en 2017

En 2017, 92% des cas de paludisme et 93% des décès dus à cette maladie sont survenus dans la région Africaine.

Espèces de plasmodium : Les anophèles, piquent souvent la nuit et transmettent 5 espèces de plasmodiums humains :

- Plasmodium Falciparum +++
- Plasmodium vivax
- Plasmodium ovale
- Plasmodium malaria
- Plasmodium knowlesi

Espèce plus fréquente en Afrique : Plasmodium Falciparum (PF) (99,7% des cas de paludisme estimés en 2017). Le PF entraîne la forme grave du paludisme.

**En 2017 : Sur 219 millions de cas, 200 millions, soit 92 % ont été enregistrés dans la région Afrique de l'OMS, 5% dans la région Asie du Sud-Est et 2% dans la région Méditerranée orientale**

LES EFFETS DU PALUDISME SUR LA GROSSESSE : outre le risque de mortalité maternelle cette affection parasitaire entraîne : anémie chez la femme enceinte, avortement, accouchement prématuré, retard de croissance in utero, petit poids de naissance, mort in utero ou périnatale.

PREVENTION :

**Prévention par l'amélioration du cadre de vie :**



- Balayage des cours derrière les maisons
- Evacuation correcte des eaux usées
- Désherbage des alentours des maisons
- Destruction des gîtes larvaires
- Eloignement des sites d'élevages
- Ramassage quotidien des ordures ménagères

### **La prophylaxie est axée sur :**

- Traitement préventif intermittent
- Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Installation de grillages fins aux portes et fenêtres
- Construction de latrines protégées
- Assainissement de l'environnement
- Association du personnel du centre de santé dans les campagnes de communication en vue d'un changement de comportement

### **PRISE EN CHARGE :**

Toute forme clinique du paludisme chez la femme enceinte est considérée comme grave.

- Diagnostic par la goutte épaisse ou le test rapide
- Le protocole thérapeutique dépend de la sensibilité des antipaludéens utilisés dans chaque pays
- Dans tous les cas, l'hospitalisation est recommandée pour la prise en charge

### **Perspectives**

- Envisager le vaccin, mais d'énormes difficultés dans l'aboutissement des recherches dans le domaine depuis 30 ans.
- Un vaccin, baptisé Mosquirix, ou RTS,S, n'est pas encore tout à fait prêt. Mais lors des essais préliminaires, menés de 2009 à 2015,

celui-ci a permis de réduire de 39% le nombre d'épisodes paludéens chez les enfants de 17 mois à 5 ans.

- C'est un vaccin imparfait contre une maladie complexe
- L'Organisation Mondiale de la Santé reste tout de même confiante
- Trois pays Africains accueillent le programme pilote : Malawi, Ghana, Kenya
- Lancement officiel de ce premier vaccin contre la malaria le 23 avril 2019 où il a été offert aux enfants de moins de 2 ans au Malawi.
- L'extension est faite au Ghana le 30 avril 2019, puis au Kenya le 13 septembre 2019 pour toucher 360.000 enfants des trois pays.
- 

## **§ EVALUATION DU PALUDISME ASSOCIÉ A LA GROSSESSE AU CHU GABRIEL TOURÉ par Molobaly DIALLO (Bamako MALI)**

### **LE TROISIEME THEME : DIABETE GESTATIONEL**

#### **§ LE DIABETE GESTATIONNEL : Athanasios CHIONIS et Antonios KOUTRAS**

**Environ 6 à 9 % des grossesses** sont des grossesses compliquées à cause d'un diabète qui se développe pendant la grossesse (diabète gestationnel) ou qui était antérieur à la grossesse (diabète sucré prégestationnel).

L'American Diabetes Association (ADA) définit le diabète gestationnel comme « un diabète diagnostiqué au cours du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse qui n'était pas un diabète déclaré avant la grossesse ». Selon l'ADA, les femmes chez qui un diabète a été diagnostiqué selon les critères de diagnostic standard au cours du premier trimestre doivent être classées comme ayant un diabète pré-

gestationnel préexistant (diabète de type 2 ou, très rarement, diabète de type 1 ou diabète monogénique).

En 2017, on a estimé à 204 millions le nombre de femmes (âgées de 20 à 79 ans) vivant avec le diabète. Ce nombre devrait augmenter à 308 millions d'ici 2045. 1 femme diabétique sur 3 est en âge de procréer. On a estimé que 85,1% de ces cas étaient dus au diabète gestationnel. 1 naissance sur 7 est concernée par le diabète gestationnel. La grande majorité des cas d'hyperglycémie pendant la grossesse se situent dans des pays à revenu faible ou moyen, où l'accès aux soins maternels est souvent limité.

Chez les femmes en surpoids ou obèses, une perte de poids avant la grossesse peut réduire le risque de développer un diabète sucré gestationnel. Pendant la grossesse, un programme de régime, d'exercice physique et d'arrêt du tabac sont des habitudes de vie saines à prendre qui peuvent réduire le risque de développer un diabète sucré gestationnel. Si un diabète sucré gestationnel est diagnostiqué, il faut envisager : des modifications du régime alimentaire, une fréquence accrue des visites prénatales, un contrôle de la glycémie, un éventuel traitement pharmacologique, une surveillance supplémentaire de la mère et du fœtus, éventuellement un risque accru de déclenchement du travail.

Le traitement du diabète gestationnel permet une réduction significative des complications néonatales graves (décès périnatal, dystocie des épaules, macrosomie et traumatisme à la naissance), une réduction du risque de pré-éclampsie, une réduction de la fréquence des nourrissons atteint de macrosomie fœtale, à savoir d'un poids de naissance supérieur à 4 000 g. D'après la plupart des données, les femmes chez qui un diabète gestationnel est diagnostiqué devraient recevoir des

conseils en matière de nutrition et d'exercice physique. En cas d'échec, un traitement médicamenteux devrait être utilisé. L'objectif est d'atteindre une glycémie normale, de prévenir l'acidocétose, d'assurer une prise de poids adéquate et de contribuer à la croissance et au développement du fœtus. La plupart des femmes atteintes de diabète gestationnel (70 à 85 %) peuvent atteindre une glycémie normale en suivant un régime adapté.

La plupart des femmes atteintes de diabète gestationnel ont une glycémie normale après l'accouchement. Cependant, elles présentent un risque élevé de récurrence du diabète gestationnel, de pré-diabète (intolérance au glucose ou anomalie de la glycémie à jeun), de diabète déclaré au cours des cinq années suivantes. Un tiers à deux tiers des femmes atteintes de diabète sucré gestationnel auront un diabète gestationnel lors d'une grossesse ultérieure. L'ACOG, l'ADA et la Cinquième conférence internationale sur le diabète gestationnel recommandent un suivi à long terme des femmes atteintes de diabète sucré gestationnel.

## **§ LE DIABETE GESTATIONNEL EN FRANCE par Fanny De MARCILLAC-REITA**

### **LE QUATRIEME THEME : LES TUMEURS DE L'OVAIRE**

#### **§ TUMEURS OVARIENNES : Athanasios CHIONIS et Antonios KOUTRAS**

L'ovaire est constitué de plusieurs tissus (épithélium, stroma, cellules germinales). Chacun d'entre eux produit différentes tumeurs (bénignes, malignes ou bordeline), avec différents potentiels de malignité, qui nécessitent différents traitements chirurgicaux et médicamenteux. La classification histologique des tumeurs ovariennes est basée sur le type

de cellule d'origine. En raison de l'absence de tests de dépistage efficaces, de l'absence de symptômes typiques chez la majorité des patientes (~70%), environ deux tiers des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire présentent un stade avancé de la maladie au moment du diagnostic (III et IV). Le taux de mortalité de cette maladie est le plus élevé de tous les cancers gynécologiques.

Le bilan initial comprend un examen clinique détaillé, des analyses de laboratoire et d'études par imagerie. Les marqueurs tumoraux (Ca 125, CEA, Ca19-9, AFP, LDH, hCG, inhibine B, protéine épидидymaire humaine 4) seraient utiles pour prédire une probabilité plus élevée de tumeur maligne que de tumeur bénigne.

Selon le 1er Rapport de Consensus International sur les masses annexielles, l'échographie pelvienne doit inclure l'approche transvaginale avec imagerie Doppler. Les kystes ovariens simples ne sont pas des lésions précancéreuses d'un kyste malin de l'ovaire ; cependant, il est primordial de réaliser un examen approfondi pour s'assurer de l'absence de toute structure solide/papillaire avant de dire qu'un kyste est simple. Le risque d'évolution vers la malignité est extrêmement faible ; un certain suivi est donc prudent. L'échographie en temps réel, pratiquée par une personne expérimentée, est actuellement la méthode la plus précise pour caractériser une masse ovarienne. La caractérisation initiale de la masse peut être effectuée soit par reconnaissance des formes, soit par le biais d'un modèle de risque tel que les Règles Simples IOTA. Lorsqu'une lésion ovarienne est considérée comme bénigne, la patiente peut être suivie de manière prudente et sans intervention ou, si cela est indiqué, une intervention chirurgicale peut être réalisée par un gynécologue généraliste. L'échographie de série est une stratégie bénéfique, mais les données prospectives ne sont pas assez

nombreuses pour argumenter des intervalles et de la durée de la surveillance. Une augmentation de la surveillance échographique pourrait bien entraîner une diminution des interventions chirurgicales. Lorsqu'une lésion ovarienne est considérée comme indéterminée lors de l'échographie initiale, et après une évaluation clinique appropriée, une évaluation de « deuxième étape » peut inclure : l'orientation vers un échographiste expert, une échographie de série, l'application de modèles de prédiction du risque, la corrélation avec des biomarqueurs sériques, la corrélation avec l'IRM, ou l'orientation vers un gynécologue oncologue pour une évaluation plus approfondie.

**POSSIBILITES ACTUELLES DE LA COELIOSCOPIE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DE L'OVAIRE** par Cherif AKLADIOS.  
Présentation richement illustrée par diverses séquences vidéo.

**§ LES NOUVEAUTES POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL EN FRANCE** par J.J. Baldauf (CHU Strasbourg Hautepierre, France).

Résumé

Le principal objectif du dépistage du cancer du col de l'utérus est de pouvoir diagnostiquer les lésions précancéreuses dont le traitement évite l'évolution vers le cancer. Ce dépistage doit s'inscrire dans une politique plus large de prévention où interviennent à la fois les progrès technologiques avec l'émergence de nouveaux outils de dépistage et aussi bien sûr la vaccination anti HPV. Le remplacement du frottis par le test HPV a été récemment recommandé par la Haute autorité de Santé pour les femmes âgées de plus de 30 ans. L'organisation du dépistage au niveau national semble être un préalable à ce changement d'outils de dépistage qui requiert des procédures de triage indispensables.

Partout dans le monde l'absence de dépistage constitue le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus. Dans les pays développés cette absence ou insuffisance est le plus souvent observée chez les femmes âgées de plus de 50 ans ou issues de milieux socio-économiques défavorisés.

L'outil de dépistage doit obéir à un certain nombre d'impératifs : innocuité totale, réalisation simple et reproductible, faible coût et fiabilité en termes de sensibilité, spécificité et valeurs prédictives. La sensibilité d'un test est fondamentale en cancérologie afin de limiter les faux négatifs du test potentiellement graves pour un individu, mais à l'inverse la spécificité est requise pour un dépistage de masse afin d'éviter les explorations diagnostiques dispendieuses et anxiogènes voire les sur-traitements en cas de test faussement positif.

Les recommandations françaises confirmées en 2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisaient un dépistage par frottis cervical chez toutes les femmes ayant eu des rapports sexuels, à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans basé sur un frottis prélevés tous les 3 ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Les nouvelles recommandations annoncées par l'HAS en juillet 2019 préconisent le remplacement du frottis par la recherche du génome des HPV (papilloma virus humain) oncogènes (test HPV) a été recommandé par l'HAS en juillet 2019 chez les femmes de plus de 30 ans, tout en maintenant un dépistage par frottis chez les femmes âgées de 25 à 29 ans [1]. Ce changement intervient dans le contexte de généralisation du dépistage organisé à toute la France.

Nous présenterons ici quelques données d'actualité concernant à la fois la généralisation de l'organisation du dépistage en France et le remplacement du frottis, outil habituel du dépistage, par la recherche du génome des HPV oncogènes pour les tranches d'âges entre 30 et 65 ans.

Nous analyserons également très brièvement l'adaptation des modalités de dépistage pour les femmes vaccinées contre l'infection HPV tout en sachant qu'il s'agit de perspectives d'avenir à la fois plus lointaines et surtout largement tributaires de la couverture vaccinale.

## SITUATION ACTUELLE EN FRANCE

Actuellement on estime en France le nombre de nouveaux cas annuels de cancers invasifs du col à 3000 et celui des décès à 1000. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes âgées de moins de 45 ans [2]. Parallèlement on constate en France, comme dans de nombreux autres pays, une augmentation de l'incidence des lésions précancéreuses [3,4]. L'exposition des femmes à un risque accru d'infection HPV, lié à l'évolution des comportements sexuels pourrait en être une des causes principales. Différentes études rétrospectives des antécédents de dépistage cytologique de patientes traitées pour un cancer du col de l'utérus indiquent qu'entre 60 et 70% d'entre elles n'avaient jamais eu de frottis ou que très occasionnellement avec un dernier frottis remontant à plus de trois ans avant la découverte du cancer.

## L'ORGANISATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Les experts de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) s'accordent pour dire que le meilleur remède à cette faible participation est l'organisation avec un système d'invitation des femmes. En France, l'arrêté du 4 mai 2018 prévoit la généralisation à l'échelle nationale du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [5]. Sa mise en œuvre est fondée sur un système d'invitations/relances des femmes n'ayant pas participé spontanément au

dépistage dans les 3 dernières années, un suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif (qu'elles aient participé spontanément ou qu'elles aient été invitées par courrier à participer au dépistage). L'analyse du frottis sera prise en charge à 100%, c'est-à-dire gratuite, pour les femmes invitées. La généralisation du dépistage organisé à l'échelle nationale a pour objectif d'atteindre un taux de couverture dans la population cible de 80 %, tout en facilitant l'accès au dépistage des populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Notons que cet objectif a été atteint dans une campagne pilote menée en Alsace [6] qui réduit le nombre de cancers diagnostiqués et de décès liés à ces cancers de 16,1 % et 19,5 % respectivement par rapport au dépistage individuel avec un coût annuel de 1,05 € par femme à dépister soit 22 700 € par année de vie sauvée [7].

La généralisation du dépistage organisé du cancer de col de l'utérus en France engagée depuis janvier 2019, conformément aux préconisations de l'INCa formulées en 2015 ce dépistage repose sur :

- la généralisation des courriers d'invitation/relance en direction des femmes non participantes au dépistage ,
- le suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif (quelles aient participé spontanément ou qu'elles aient été invitées par un courrier à participer au dépistage)
- la rationalisation des pratiques de dépistage et l'amélioration des pratiques professionnelles (intervalles entre deux tests, algorithmes de suivi, etc.)

Les changements concrets pour les femmes sont :

- Prise en charge à 100 % de la lecture du frottis pour les femmes invitées

- Information des femmes avant le frottis et possibilité de s'opposer à la transmission des résultats de cette cytologie au CRCDC

Cette organisation régionale des dépistages des cancers permet de formuler plusieurs points de vigilance/

- Le coût de la direction régionale (3-4 ETP)
- Une direction loin du terrain
- Une articulation difficile entre la direction régionale et les supérieurs hiérarchiques territoriaux
- La légitimité et la sélection des futurs membres de l'association régionale
- L'investissement et disponibilité des futurs membres de l'association régionale

## LE CHANGEMENT D'OUTIL POUR CE DEPISTAGE

### Justification du test HPV

L'infection HPV représente le facteur nécessaire mais non suffisant dans la genèse des CIN et du cancer du col utérin. Le remplacement du frottis par la recherche du génome des HPV oncogènes (test HPV) a été recommandé par l'HAS en juillet 2019 chez les femmes de plus de 30 ans car la sensibilité pour le dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est significativement supérieure, bien que la spécificité soit significativement plus faible. Le dépistage des femmes âgées de 25 à 30 ans reste basé sur l'utilisation du frottis [1].

La sensibilité généralement supérieure à 95% et la valeur prédictive négative proche de 100 % confèrent aux patientes âgées de plus de 30 ans avec un test HPV une protection vis-à-vis des CIN2+ environ deux fois plus longue que celle associée au frottis normal. L'espacement optimal entre deux tests HPV semble de ce fait pouvoir être porté à au moins 5

ans. Cette stratégie apparaît la plus coût-efficace selon une modélisation mathématique menée sous l'égide de l'INCa [8].

Le centre national de référence (CNR) des HPV publie une liste à jour des milieux liquides validés pour la recherche d'ADN HPV et des trousseaux compatibles pour ce dépistage. Les critères de validation clinique des tests HPV utilisés sur des prélèvements réalisés par des cliniciens ont fait l'objet de recommandations reconnues à l'échelle internationale [9].

### Signification d'un test HPV positif

Afin de bien comprendre la signification d'un test HPV positif et surtout les modalités de prise en charge des résultats, il convient de rappeler ici quelques bases concernant l'infection HPV.

L'infection HPV est le témoin d'une activité sexuelle. Elle survient précocement après le début des premiers rapports sexuels. La transmission de l'HPV se fait principalement par contact direct entre peau et muqueuses lors des rapports sexuels avec un taux de contamination estimé en moyenne à 40% [5 à 100%] au cours d'un rapport sexuel et une période d'incubation en moyenne de 3 mois mais pouvant s'étendre jusqu'à 10 ans [10, 11]. La contagiosité très élevée de l'infection à papillomavirus a été confirmée par des travaux basés sur la concordance des phénotypes viraux entre partenaires sexuels. Le facteur principal d'infection HPV est le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie, et, comme corollaire, la précocité du début de l'activité sexuelle

L'infection HPV est l'infection virale sexuellement transmissible, la plus fréquente. On estime qu'environ 70% des femmes sexuellement actives rencontreront un HPV de type oncogène (hr HPV) lors de leur vie et que 90% de ces infections virales guérissent spontanément au bout de 3 ans

L'ADAPTATION DU DEPISTAGE POUR LES FEMMES VACCINEES [12]. Cette clairance virale est influencée par l'ancienneté de l'infection, le tabagisme, et le statut immunitaire du sujet.

Le risque de développement des lésions de haut grade chez une patiente infectée par HPV et la rapidité d'évolution dépend de nombreux facteurs à la fois liés à l'HPV (type, charge virale ....) et à l'hôte. Par exemple le risque de survenue d'une lésion CIN 3+ à trois ans en cas d'infection persistante d'HPV 16 est de 30,5 % alors qu'il n'est que de 6,23 % en cas de persistance d'HPV à haut risque non 16-18 [13]. Les délais de développement du cancer à partir des CIN 3 varient en moyenne entre 5 et 20 ans, mais des évolutions plus rapides sont régulièrement rapportées. Ces durées d'évolution moyennes concordent avec les observations épidémiologiques qui permettent de constater des écarts de 10 à 20 ans, entre le pic d'incidence des CIN 2-3, et celui des cancers invasifs.

### **Les recommandations de prise en charge des tests HPV positifs**

Dans les toutes nouvelles recommandations de l'HAS, les algorithmes de prises en charges des femmes HPV positives tenant compte de la moins bonne spécificité de ce test de dépistage reposent sur un triage cytologique afin de réduire les sur-diagnostic et sur-traitements [1].

La valeur prédictive positive du test HPV, de l'ordre de 30 à 40 %, s'explique par le fait que la majorité des infections à HPV sont transitoires, et sans aucune conséquence clinique pour les patientes. De ce fait, un triage pertinent doit être fait avant le recours à la colposcopie. La stratégie de triage la mieux documentée est l'examen cytologique (au seuil ASC-US pour atypie épidermoïde de signification indéterminée). La cytologie anormale (ASC-US+) requiert une colposcopie à l'inverse une cytologie normale nécessite un suivi avec un test HPV 12 mois plus tard. Si le test HPV de contrôle à un an est positif, une colposcopie doit être faite ; si le

test HPV de contrôle à un an est négatif, un nouveau test HPV de dépistage doit être proposé 5 ans plus tard. Dans le cadre de l'organisation qui se met parallèlement en place, les centres régionaux du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus devront être en capacité d'aider les professionnels de santé pour promouvoir cette mise en œuvre conformément aux recommandations. Compte tenu de la spécificité plus faible du test HPV par rapport au frottis nous restons persuadés que la mise en place d'une organisation efficace reste un préalable indispensable. À ce jour tous les pays (Pays Bas, Australie, Nouvelle Zélande...) dans lesquels le test HPV a été introduit en dépistage primaire disposaient d'une organisation du dépistage déjà ancienne et pleinement effective.

#### Le dépistage par auto-prélèvement

Le test HPV peut être fait à partir d'un auto-prélèvement avec une bonne fiabilité pour le dépistage des lésions CIN2+. Pour faire participer les femmes qui échappent encore au dépistage, l'auto-prélèvement constitue une démarche qui permet de vaincre deux des principaux freins: la réticence vis-à-vis de l'examen gynécologique et les problèmes matériels d'accès aux structures de dépistage (coût, démographie médicale, accessibilité "géographique"). Il reste à évaluer la compliance des patientes pour le suivi gynécologique en cas de résultats positifs et pour la répétition des tests négatifs tous les 5 ans. Il est en effet primordial que les femmes ayant un test HPV+ sur un auto-prélèvement soient orientées vers un clinicien pour la réalisation d'un examen cytologique de triage [14].

L'AVENIR LOINTAIN CONCERNE L'ADAPTATION DU DEPISTAGE  
POUR LES FEMMES VACCINEES

Grâce à leur complémentarité, le dépistage et la vaccination mis en œuvre de façon optimale devraient aboutir à une réduction du risque individuel de cancer du col de l'ordre de 97–99 % [15]. Une étude populationnelle menée en Suède a montré une diminution de 88% (66%-100%) du taux d'incidence des cancers du col chez les femmes âgées de 10 à 30 ans qui avaient été vaccinées par gardasil® avant l'âge de 17 ans [16].

En France, treize ans après l'introduction et le remboursement de cette vaccination la couverture vaccinale reste faible et totalement insuffisante. Les derniers taux cumulés de vaccinations complètes à l'âge de 16 ans concerne l'année 2018 et ne dépassent pas 25 % [17]. Tablant sur une augmentation sensible de la couverture vaccinale dans les prochaines années, il convient dès maintenant de s'interroger sur les modalités optimales du dépistage à mettre en œuvre tant en terme d'outils, de cible, de fréquence et d'organisation.

Il faut par conséquent anticiper pour les jeunes femmes qui auront été vaccinées (avant l'infection par HPV) à la fois une diminution plus importante de la prévalence des HPV16 ou 18 et une diminution également plus importante de celle qui correspondrait à une authentique infection persistante et non pas un simple portage transitoire lié à une contamination sexuelle récente.

L'élimination des génotypes 16 et 18 par la vaccination des jeunes filles va considérablement diminuer le potentiel évolutif des lésions qui ne seront plus qu'associées aux HPV non vaccinaux. La progression en cancer sera moins fréquente et le délai pour aboutir à une invasion sera significativement plus long. Une adaptation des modalités du dépistage avec un début plus tardif et une périodicité moindre est proposée dans les pays où la couverture vaccinale est élevée.

## CONCLUSIONS

Le dépistage organisé assure à la fois une sécurité augmentée et une meilleure équité pour les patientes, une baisse des coûts pour la société, et une aide précieuse pour les professionnels de santé pour la prise en charge recommandée des anomalies. Cette organisation est un préalable au dépistage par test HPV qui requiert des procédures de triage indispensables. En France, la couverture vaccinale est dramatiquement faible et ne permet à ce stade ni de modifier la stratégie de dépistage, ni d'espérer la disparition du cancer du col de l'utérus. Dans d'autres pays la couverture vaccinale élevée permet d'envisager un dépistage avec un début plus tardif et une périodicité moindre.

### Bibliographie :

- 1) [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf)
- 2) Cowppli-Bony A, Colonna M, Ligier K, Jooste V, Defossez G, Monnereau A; le Réseau Francim; Réseau des registres de cancer Francim. Descriptive epidemiology of cancer in metropolitan France: Incidence, survival and prevalence. Bull Cancer. 2019;106 : 617-634.
- 3) Orumaa M, Leinonen MK, Campbell S, Møller B, Myklebust TA, Nygård M. Recent increase in incidence of cervical precancerous lesions in Norway: Nationwide study from 1992 to 2016. Int J Cancer. 2019; 145 : 2629-2638.
- 4) Woronoff AS, Trétarre B, Champenois V, Duport N, Bara S, Lapôte-Ledoux B. Surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les registres des cancers du réseau Francim. Bull Epidémiol Hebd. 2014; pp. 13-15.

5)

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=0056AA0E737FC9AFDD631B3C0F24CC66.tplgfr26s\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000460656&idArticle=LEGIARTI000036879733&dateTexte=20180514&categorieLien=id#LEGIARTI000036879733](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=0056AA0E737FC9AFDD631B3C0F24CC66.tplgfr26s_2?cidTexte=JORFTEXT000000460656&idArticle=LEGIARTI000036879733&dateTexte=20180514&categorieLien=id#LEGIARTI000036879733)

6) Baldauf JJ, Fender M, Bergeron C, Marrer E, Velten M, Pradat P, Arbyn M. Cervical morbidity in Alsace, France: results from a regional organized cervical cancer screening program. *Eur J Cancer Prev.* 2019; 28: 33-39.

7) Levy-Bruhl D, Kudjawu Y, Dervaux B, Lehne X. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal (synthèse) Rapport INVS Mars 2007.

8) Barré S, Massetti M, Leleu H, De Bels F. Organised screening for cervical cancer in France: a cost-effectiveness assessment. Which high-risk HPV assays fulfil criteria for use in primary cervical cancer screening? *BMJ Open.* 2017; 7: e014626.

9) Arbyn M, Snijders PJ, Meijer CJ, Berkhof J, Cuschieri K, Kocjan BJ, Poljak M. Which high-risk HPV assays fulfil criteria for use in primary cervical cancer screening? *Clin Microbiol Infect.* 2015 ; 21 : 817-26.

10) Kero K, Rautava J. HPV Infections in Heterosexual Couples: Mechanisms and Covariates of Virus Transmission. *Acta Cytol* 2019; 63: 143-7.

11) Burchell AN, Tellier PP, Hanley J, Coutlee F, Franco EL. Human papillomavirus infections among couples in new sexual relationships. *Epidemiology* 2010; 21: 31-7.

- 12) Dalstein V, Riethmuller D, Pretet JL, Le Bail Carval K, Sautiere JL, Carbillet JP, et al. Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: a longitudinal French cohort study. *Int J Cancer* 2003; 106: 396-403.
- 13) Castle PE, Rodriguez AC, Burk RD, Herrero R, Wacholder S, Alfaro M, Morales J, Guillen D, Sherman ME, Solomon D, Schiffman M. Short term persistence of human papillomavirus and risk of cervical precancer and cancer: population based cohort study. *BMJ* 2009; 339: b2569.
- 14) Aitken, C.A., van Agt, H.M.E., Siebers, A.G. et al. Introduction of primary screening using high-risk HPV DNA detection in the Dutch cervical cancer screening programme: a population-based cohort study. *BMC Med* 2019; 17: 228.
- 15) Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, Frazer IH, Canfell K. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2019; 4 : e19-e27.
- 16) Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, Sundström K, Dillner J, Sparén P. Lei J, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2020; 383: 1340-1348.
- 17) Fonteneau L., Barret AS., Lévy-Bruhl D. Evolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France - 2008-2018. *BEH* septembre 2019 [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/pdf/2019\\_22-23\\_3.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/pdf/2019_22-23_3.pdf).

## **LA PRÉVENTION DU CANCER DU COL UTERIN EN ITALIE par Pier Francesco TROPEA (Reggio di Calabria, Italie)**

Actuellement 2400 nouveaux cas K col utérin/an; fréquence max 35-50 ans.

- Le pourcentage de mortalité à cause du K col utérin est < 1%.
- Screening cytologique gratuit à l'Assistance publique de 25 à 64 ans; 1 frottis/3 ans
- Meilleure participation en Italie du Nord: 90% qu'en Italie du Sud: 60%.
- En cas di cytologie positive: colposcopie + biopsie. En même temps recherche du virus HPV. Traitement conséquent

### **SCREENING DU CANCER DU COL UTERIN**

- Actuellement en Italie le screening prévoit l'exécution seulement du Pap Test et le recours au Test HPV en présence des modifications cellulaires souvent liées à l'existence d'une infection HPV.
- Toutefois dans 6 Régions italiennes du Centre-Nord on considère comme premier examen du screening cervical le Test HPV, tandis que le Pap Test est pratiqué successivement dans le but de repérer éventuelles modifications cellulaires liées au virus.

On a prévu l'association Pap Test + HPV Test au-dessus de 30 ans, car on peut réduire les faux négatifs du Pap Test (10%) et aussi repérer le 98% des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.

1. American College Obstetricians-Gynecologist (2019)
2. American Cancer Society (ACS) (2019).

### **IL FAUT RAPPELER QUE ...**

3. Le virus HPV est le deuxième facteur pathogène responsable du cancer dans le monde entier.
4. L'infection HPV constitue une condition nécessaire pour dégager le cancer du col utérin.

5. 1/3 des infections par HPV concerne les hommes qui sont exposés au risque de contracter le virus 5 fois plus que les femmes, d'où il semble nécessaire étendre la vaccination anti-HPV aux petits garçons de 12 ans *(F. Cognetti 2019)*

## INFECTION HPV

- 6500 nouveaux cas/an qui sont la conséquence directe d'une infection par le papilloma virus.
- 3 femmes sur 4 qui ont une vie sexuelle active contractent le virus pendant le cours de la vie.
- Dans un pourcentage très élevé l'infection HPV guérit spontanément en jeune âge.
- Les types du virus 16 et 18 sont responsables du 70% des cases du cancer du col utérin.
- Les types du virus 6 et 11 sont responsables du 90% des condylomes génitaux.

L'infection HPV de l'homme est cause fréquente de condylome génital et parfois des tumeurs de l'anus, de la bouche, du pharynx, d'où l'opportunité d'étendre la vaccination anti-HPV à l'homme.

## Test HPV

- Le test HPV permet de remarquer l'existence du virus HPV bien avant que les cellules du col utérin présentent des modifications microscopiques.
- Par conséquent le Test possède une sensibilité majeure mais une spécificité mineure à l'égard du PapTest, car permet de faire le diagnostic d'une infection qui peut même guérir spontanément.
- Une positivité du test HPV ne signifie pas l'existence d'un cancer du col.. Le recours au test HPV permet un délai pour le screening de 5

ans à l'égard d'un délai de 3 ans prévu pour la répétition du Pap Test.

*(S. Pignata 2018)*

## VACCINATION ANTI-HPV

- Début en Italie à la fin de 2008.
- Actuellement vaccination des jeunes filles de 12 ans aux frais de la Région. La deuxième dose après 1 ou 2 mois et la troisième dose après 6 mois.
- Vaccination possible plus tard sur demande à prix modéré.
- 7 Régions Italiennes vaccinent même gratuitement entre 15 et 18 ans.
- La Basilicate vaccine gratuitement les jeunes filles de 12,15,18 ans et aussi, sur demande, les femmes de 25 ans.
- Le pourcentage de vaccinées est plus important dans le Nord de l'Italie (76,6%, 79,4%,86,1%) que dans le Sud (74,3%, 62,6%).
- Pourcentage de vaccinées plus faible pour la deuxième et la troisième dose.
- En 2012 la plupart des régions ont 70% des jeunes filles ayant reçu les 3 doses.
- Type de vaccin: le plus souvent le vaccin bivalent type 16 et 18. Dans quelques Régions le vaccin quadrivalent type 16, 18, 6 et 11.
- A partir du 2017 on a la disponibilité du vaccin 9-valent.

Une recherche concernant 60 millions de sujets de 14 Pays a démontré que la vaccination anti HPV a produit une diminution de l'infection chez 83% des jeunes filles entre 15 et 19 ans et chez 66% chez les femmes entre 20 et 24 ans, avec une réduction des lésions précancéreuses du 15% entre 15 et 19 ans.

- On pense qu' une diffusion ultérieure du vaccin puisse conduire à la disparition du cancer du col utérin en quelques décennies.

- En Norvège la vaccination a réduit l'infection HPV du 90% chez les jeunes filles vaccinées et du 55% aussi chez les jeunes filles qui n'avaient pas reçu aucun vaccin à cause d'une immunité ainsi nommée "de troupeau".

*Lancet 2019; Journal of infections diseases 2018*

#### Plusieurs vaccins anti HPV

- Vaccin bivalent: Type 16 et 18 (pour la femme).
- Vaccin quadrivalent: Type 16, 18, 6, 11 (pour la femme et l'homme).
- Vaccin 9valent: Type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 (pour la femme et l'homme) (à partir du 2017).
- Généralement on administre 2 doses entre 9 et 14 ans au temps 0 et après 6 mois.
- 3 doses après 14 ans au temps 0, 2, 6 mois.
- La vaccination anti HPV employant le vaccin 9valent est comprise dans le Plan vaccinal 2017-2019 prévu en Italie par les niveaux actuels d'assistance publique.

#### Commentaire

- Pas d'augmentation graduelle de la vaccination comme attendue.
- Différences assez marquée entre Nord et Sud.
- **Objectif des épidémiologistes italiens: vacciner 95% des jeunes filles de 12 ans dans le but d'obtenir la disparition du cancer du col utérin.**

## **ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE**

- **Le rapport du secrétaire général est approuvé à l'unanimité.**
- **Le rapport du trésorier est approuvé à l'unanimité.**
- **L'appel de cotisation et les propositions de tarifs par pays par le trésorier sont approuvés à l'unanimité.**

• **Le bureau a été reconduit en totalité et se compose comme suit :**

• **Président : Athanasios CHIONIS (Grèce)**

. **Vice-président: Pier Francesco TROPEA (Italie)**

**Secrétaire général : Moustapha TOURE (Mali)**

• **Trésorier et Past-président : Guy SCHLAEDER (France)**

• **Conseiller scientifique : Jean-Jacques BALDAUF (France)**

• **Pour la prochaine Assemblée Générale, les thèmes principaux retenus sont :1) Césarienne et indications actuelles , comment lutter contre l'augmentation du taux de césarienne.**

**Coordinateur P. DERUELLE (Strasbourg)**

**2) hémorragies en obstétrique coordonnateur A. SEPOU**

**3) Responsabilité medico- légale de la pratique de l'échographie en obstétrique. Coordonateur P.F. TROPEA**

**La prochaine AG se tiendra les 2 -3 Octobre 2020 à Florence ( Italie).**

**Liste des participants présents à Strasbourg : BURKINA - FASO : Madjata Koné SF/ CENTRAFRIQUE : AbdoulayeSEPOU; Regina Patricia PEPA née MAYKOUA-SAMMY SF/ GRÈCE:**

**Athaniassios CHIONIS Antonios KOUTRAS/ FRANCE: Cherif AKLADIOS ; Jean-Jacques BALDAUF ; Anita BASSO SF ; Fanny De MARCILLAC-REITA ;Frédéric WAYDELICH-MANSOUR ; Guy SCHLAEDER/ MALI : Mariame DIAKITÉ Moustapha TOURE ; Molobaly DIALLO SF Walidé SISSOKO SF Kadiatou Kone SF/ ITALIE Pier Francesco TROPEA/ MAURITANIE :Rokhaya DIAWARA SF/ SUISSE : Eduard NEUENSCHWANDER/TCHAD : Dina OUMAR SF/ ALBANIE :Gjergji THEODHOSI (absent excusé)**

**A la fin de l'AG, les participants ont chaleureusement remercié le past-président Guy SCHLAEDER pour son aimable accueil et son excellente organisation.**

MT/GS