

Le cancer du col de l'utérus en Polynésie Française

À l'occasion de Juin Vert 2026, l'Institut du cancer de Polynésie française, dont la mission est d'améliorer la prise en charge des cancers, oriente sa campagne à destination des professionnels de santé afin de promouvoir la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment par la vaccination anti-HPV et le dépistage (frottis ou test HPV).



Votre rôle est essentiel dans la prévention.

Chaque consultation est une opportunité pour
sauver une vie.

Table des matières

1. Le cancer du col de l'utérus en Polynésie Française	5
a) Généralités	5
b) Causes et facteurs de risque	6
HPV et cancer du col de l'utérus	6
Les facteurs de risques	7
Les autres cancers HPV induits	9
c) Les données épidémiologiques de l'ICPF sur la période 2019-2021	9
d) Comparaison	10
e) Objectifs de l'OMS.....	10
2. La prévention du cancer du col de l'utérus en Polynésie Française	11
2.1 Prévention primaire : vaccination anti HPV	11
a) Gardasil9	11
b) Recommandations	12
c) Schéma vaccinal en PF	14
d) Efficacité et sécurité du vaccin	14
e) L'exemple de l'Australie.....	14
2.2 Prévention secondaire : dépistage en Polynésie Française.....	15
a) Frottis	15
b) Test HPV	15
c) Arbre décisionnel	16
d) Laboratoire ICPF et délais	16
e) Le dépistage & les données RGPD	17
f) Piste d'exploration : auto-prélèvement HPV	17
3. La place du professionnel de santé dans la prévention	18
4. Le parcours : de la prévention à la prise en charge, en passant par le dépistage et le diagnostic.....	19
a) Le parcours selon l'INCA.....	19
b) Frottis anormal	20
c) Test HPV positif	21

d) Indications thérapeutiques après les biopsies consécutives à la colposcopie	21
Synthèse.....	22
5. Le parcours de soin.....	23
a) Théorie	23
b) Traitement des lésions précancéreuses	23
c) Traitement des cancers.....	24
Traitements selon le stade	24
d) Prise en charge globale	27
e) Disponible au Fenua	27
Dépistage et diagnostic.....	27
Traitements.....	27
Le suivi	28
Les soins de support.....	28
6. Recherche et avenir	28
Stratégies vaccinales	28
Le dépistage.....	28
Les stratégies thérapeutiques	29
Dépistage et traitement dans le même temps	29
7. Rappel du rôle des soignants dans le parcours de soin	29

1. Le cancer du col de l'utérus en Polynésie Française

a) Généralités

Le cancer du col de l'utérus fait partie des rares cancers dont le responsable principal est identifié : certains types de papillomavirus humains (HPV).

Les premières anomalies sont des lésions précancéreuses d'évolution lente vers un cancer invasif (10 à 15 ans), ce qui permet d'intervenir efficacement et précocement grâce au dépistage. Celui-ci repose soit sur la détection du virus (test HPV), soit sur la mise en évidence de lésions précancéreuses (examen cytologique, ou frottis cervico-utérin).

En raison de son incidence (registre 2019-2021 : Nombre cas moyen annuel 16 ; Taux brut 11,9 ; TSM 9,3 en Polynésie française) et de l'existence de moyens de prévention efficaces (vaccination et dépistage), (le cancer du col de l'utérus est évitable) le cancer du col de l'utérus constitue une priorité de santé publique en Polynésie française.

VAHINE
Prends ta santé en main

Tu peux éviter le cancer du col de l'utérus

Le DÉPISTAGE par un frottis cervico-utérin ou un test HPV est PRIS EN CHARGE à 100% de 25 à 64 ans. Parles-en à ton taote.

Scanne pour savoir où te faire dépister

ICPF Institut du Cancer de Polynésie Française

b) Causes et facteurs de risque

HPV et cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est causé par une infection persistante par certains types de HPV (Human Papillomavirus).

Les papillomavirus humains, qu'on appelle aussi HPV (Human Papillomavirus) sont un ensemble de virus à ADN de la famille des Papillomaviridae. Il en existe plus de 200 types classés en fonction de leur tropisme et de leur pouvoir pathogène¹ :

Les HPV à tropisme cutané : ils infectent les cellules épithéliales de la peau. Ils peuvent être à l'origine de tumeurs bénignes comme les verrues plantaires mais aussi favoriser certaines tumeurs malignes tel que le carcinome spinocellulaire (= *cancer de la peau*).

Les HPV à tropisme muqueux : ils infectent les cellules épithéliales des muqueuses génitales et orales. On les sépare en deux sous-groupes :

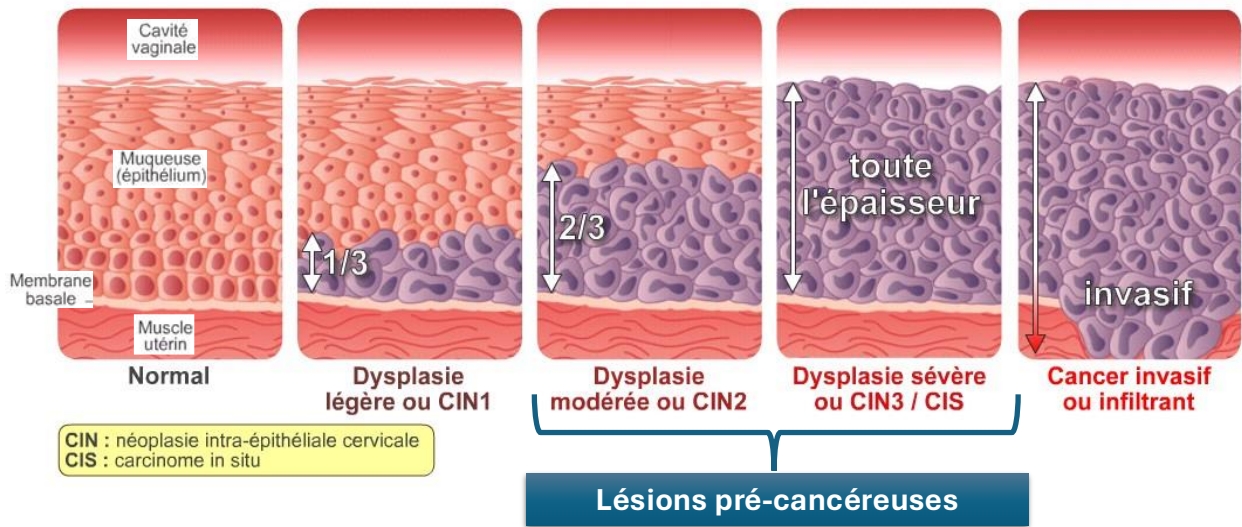
- o **Les HPV à bas risque cancérogène (HPV 6 et 11 par exemple)**. L'infection par ces virus peut provoquer l'apparition de tumeurs bénignes ou condylomes (= verrues génitales). Celles-ci peuvent être invalidantes et nécessiter un traitement long et récidiver fréquemment.
- o **Les HPV à haut risque cancérogène (HPVhr)** qu'on appelle aussi oncogènes (**HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 et en particulier les HPV 16 et 18**). Ils peuvent provoquer le développement de lésions précancéreuses qui peuvent évoluer au bout de plusieurs années, voire dizaines d'années en cancers.

Le HPV est un virus très fréquent, transmis principalement lors de contacts sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif ne protège pas complètement contre ce virus. Dans la majorité des cas, l'infection est transitoire et éliminée spontanément par l'organisme.

Cependant, dans environ 10 % des cas, le virus persiste, ce qui peut entraîner, au fil des années, l'apparition de lésions précancéreuses puis d'un cancer.

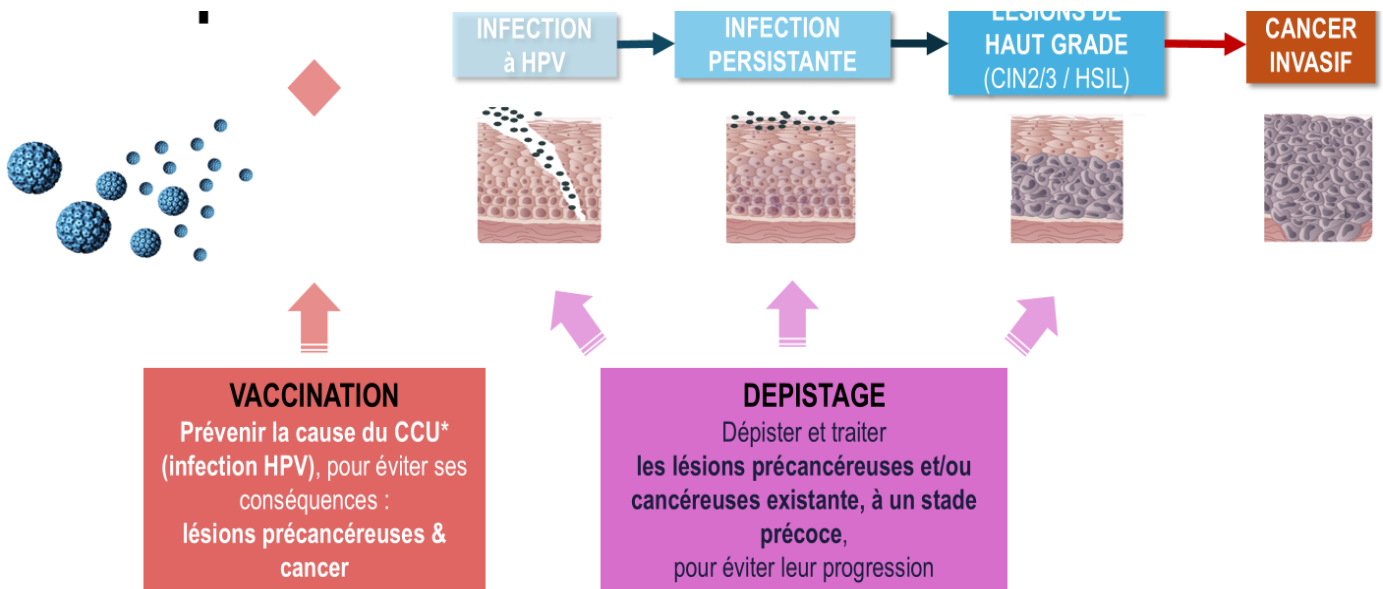
¹ INCa_Fiche repère

Avant le cancer du col de l'utérus ...



- Plusieurs stades susceptibles de régresser spontanément¹
- La probabilité de régression diminue en fonction de la gravité de la lésion¹

Schéma d'après 15. Syrjänen S In : Papillomavirus infections in human pathology, Wiley & Sons, Chichester ; 2000. p. 145-163.
 1. InVS. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - Etat des connaissances -
 Actualisation 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243 (accédé le 07/01/2016)



*CCU : Cancer du col de l'utérus

OMS. HPV and cervical cancer : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hvp\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hvp)-and-cervical-cancer)

INCa 2021: Dépistage du cancer du col de l'utérus - Organisation et mise en place du programme de dépistage organisé : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise> (accédé le 03/02/2022)

Les facteurs de risques

Certains facteurs favorisent la persistance du HPV dans le corps et la progression vers un cancer² :

- **Le tabagisme**, qui altère la réponse immunitaire locale. Il existe un lien entre le tabagisme actif et passif et la persistance de l'HPV ainsi qu'entre le tabagisme et le cancer du col utérin dans de nombreuses études. Les taux de nicotine et de cotinine sont retrouvés à des concentrations plus importantes dans la glaire cervicale, ce qui ne manque pas d'altérer l'immunité cellulaire (*cellules de Langerhans*).
- **La contraception hormonale orale** : les femmes sous pilule semblent plus à risque de contracter l'HPV que celles qui utilisent une méthode barrière ou un DIU au cuivre. L'œstrogène de la contraception facilite l'implantation de l'HPV au niveau cervical par des modifications du tractus génital et modifie l'immunité cellulaire qui contribue à éradiquer le virus. De plus, le même œstrogène, en stimulant la transcription des ARNm de HPV (*notamment ceux issus des oncogènes E6 et E7*), a une action facilitatrice sur la protéine oncogène E7 propre à favoriser l'intégration du génome viral et la prolifération cellulaire.
- **L'immunodépression** : les personnes sous traitement immunosuppresseurs ou atteints d'une maladie affectant le système immunitaire doivent bénéficier d'une surveillance particulière (dépistage annuel au lieu de tous les 3 ou 5 ans) (*ex : séropositif pour le VIH, lupus, transplantés rénaux etc.*)
- **Des co-infections** sexuellement transmissibles favorisent la persistance et/ou la progression des lésions cervicales ont été identifiés : infections virales associées (*Epstein-Barr, HSV2, VIH*), infection à *Chlamydia trachomatis*... Le portage du HPV peut être ancien et n'est pas un signe d'infidélité au sein du couple mais le dépistage des IST lors de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire doit être systématique et proposé.
- **La vaginose bactérienne** était associée de manière significative ($p=0.024$) à la persistance des HPVhr. Le dépistage et le traitement de la vaginose bactérienne même asymptomatique pourraient être utiles chez les femmes HPVhr positif.

² QUEREUX CNGOF 2008

Aromseree S, et al. Possible contributing role of Epstein-Barr virus (EBV) as a cofactor in human papillomavirus (HPV)-associated cervical carcinogenesis. J Clin Virol. 2015 Dec;73:70-76. doi: 10.1016/j.jcv.2015.10.015. Epub 2015 Oct 23. PMID:26551071

Cheng J, et al Interactome analysis of gene expression profiles of cervical cancer reveals dysregulated mitotic gene clusters. American Journal of Translational Research. 2017;9(6):3048-3059.

Silva J1, et al Chlamydia trachomatis infection: implications for HPV status and cervical cancer. Arch Gynecol Obstet. 2014 Apr;289(4):715-23. doi: 10.1007/s00404-013-3122-3. Epub 2013 Dec 18.

Les autres cancers HPV induits

Les infections aux papillomavirus humains sont liées à l'apparition de plusieurs cancers : col de l'utérus, vagin, vulve, mais aussi anus, pénis et plusieurs cancers des voies aérodigestives supérieures (*cavité orale, oropharynx, amygdales*)³.

Papillomavirus	Preuves suffisantes	Preuves limitées	Commentaire
HPV 16	Cancers : col de l'utérus, vulve, vagin, pénis, anus, cavité orale, oropharynx et amygdales	X	Association positive avec le cancer du larynx
HPV 18	Cancer du col de l'utérus	X	Association positive cancer de la vulve, du pénis, de l'anus, de la cavité orale et du larynx
HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Cancer du col de l'utérus	X	Association positive HPV 33 et cancer de la vulve et de l'anus
HPV 26, 53, 66, 67, 68, 70, 73, 82	X	Cancer du col de l'utérus	

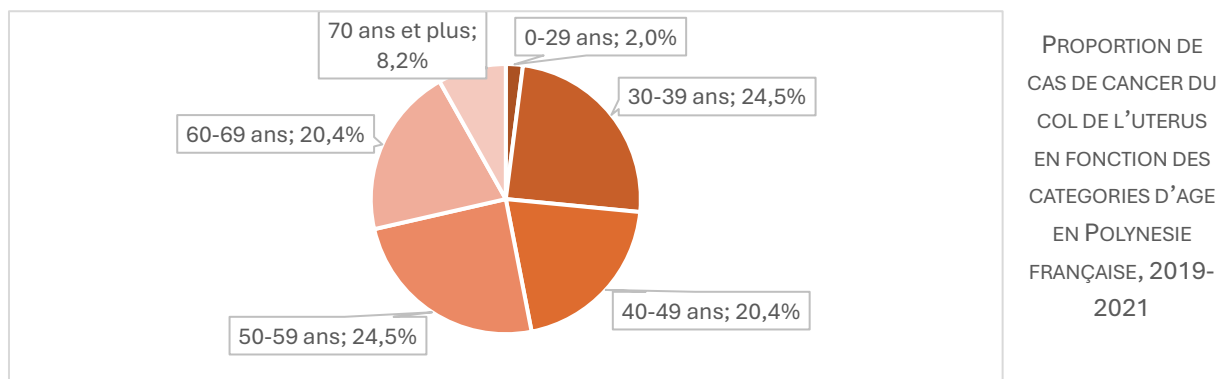
TYPES DE PAPILOMAVIRUS ET ASSOCIATION AVEC LES DIFFERENTES LOCALISATIONS CANCEREUSES

c) Les données épidémiologiques de l'ICPF sur la période 2019-2021

Entre 2019 et 2021, 49 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été enregistrés en Polynésie française.

Près de la moitié des femmes diagnostiquées (47 %) ont moins de 50 ans, ce qui souligne l'impact de cette pathologie chez des femmes encore jeunes.

En 2019, 12 décès liés à une tumeur maligne du col de l'utérus ont été enregistrés. Le taux de mortalité standardisé TMS était de 7,3 pour 100 000 personnes-années chez la femme. Il s'agit de la 5^e cause de décès par cancer chez la femme en Polynésie française.



Sur la période 2021-2022, nous remarquons une hausse d'environ 30% de diagnostic à un stade précoce et une diminution d'environ 10% des stades avancés.⁴

De plus, sur la période 2024-2025, les EVASAN pour le cancer du col de l'utérus étaient pour des motifs de TEP scan ou de curiethérapie.

³ CIRC Monographie 100 B

⁴ Chiffre du registre ICPF sur la période 2021-2022, en cours d'analyse.

d) Comparaison

La Polynésie française occupe une position intermédiaire entre les pays développés comme la France hexagonale (TMS⁵ : 6,6) ou les États-Unis (TMS: 6,3), et les territoires ou pays du Pacifique tels que les Îles Salomon (TMS : 26,2) ou Fidji (TMS : 35,0), qui affichent des taux nettement plus élevés.

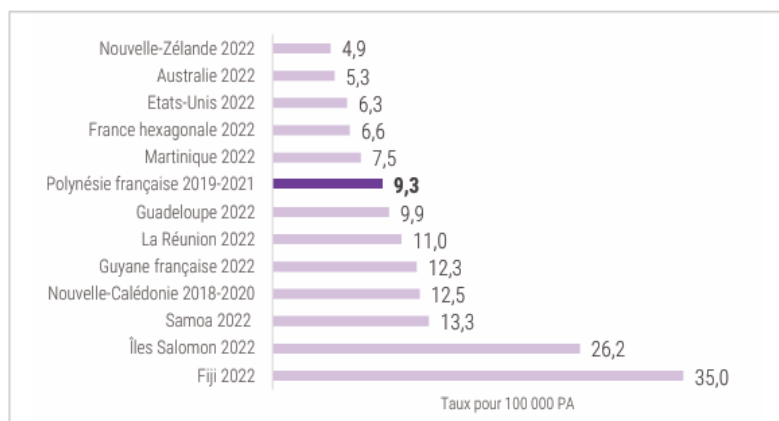


Figure 93. Taux d'incidence standardisés du col de l'utérus à travers le monde par rapport à la Polynésie française, (source : Globocan 2022)

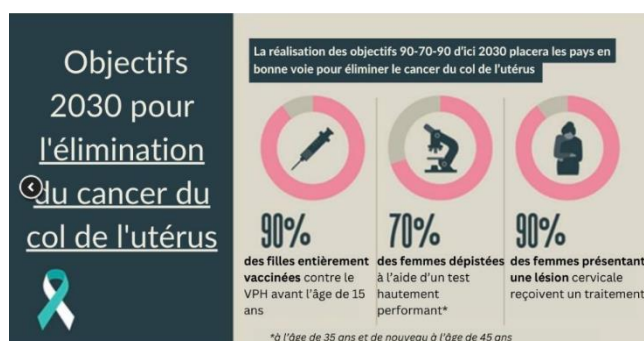
Ce positionnement suggère que la Polynésie française est confrontée à une situation épidémiologique plus préoccupante que celle des grandes nations, tout en étant relativement moins touchée que certains voisins du Pacifique

Ces différences par rapport aux îles Salomon et Fidji peuvent s'expliquer notamment par un meilleur accès au dépistage et une meilleure organisation des systèmes de santé en PF.

e) Objectifs de l'OMS

Dans le cadre de sa stratégie mondiale d'élimination du cancer du col de l'utérus, l'Organisation mondiale de la Santé s'est fixé des objectifs à atteindre d'ici 2030 :

- **90 %** des filles vaccinées contre le HPV avant l'âge de 15 ans ;
- **70 %** des femmes dépistées avec un test performant avant 35 ans, puis à nouveau avant 45 ans
- **90 %** des femmes présentant des lésions précancéreuses traitées, et **90 %** des femmes atteintes d'un cancer bénéficiant d'une prise en charge adaptée



⁵ Taux de mortalité standardisé

2. La prévention du cancer du col de l'utérus en Polynésie Française

2.1 Prévention primaire : vaccination anti HPV

Il existe une vaccination sûre et efficace permettant de prévenir la majorité de ces cancers.

a) Gardasil9

Indication

Le GARDASIL® 9 est, à ce jour, le seul vaccin à avoir l'AMM pour les garçons et en primo-vaccination. Il peut être dans le cadre des recommandations vaccinales en vigueur pour les populations suivantes :

- Toutes les filles et tous les garçons de 11 à 14 ans révolus.
- Un rattrapage est recommandé pour tous les adolescents et jeunes adultes (hommes et femmes) de 15 à 26 ans révolus⁶.

La vaccination ne remplace pas le dépistage du cancer du col de l'utérus. Un suivi gynécologique régulier, incluant le dépistage, demeure donc indispensable chez les femmes vaccinées, âgées de plus de 25 ans.

Conservation

La durée de conservation hors réfrigérateur étant de 96 à 72 heures.

D'après le fabricant : « Les données de stabilité montrent que les composants du vaccin sont stables jusqu'à 96 heures quand le vaccin est conservé à des températures entre 8 °C et 40 °C ou jusqu'à 72 heures quand le vaccin est conservé à des températures entre 0 °C et 2 °C. A l'issue de cette période Gardasil 9 doit être utilisé ou jeté. »

Effets indésirables les plus fréquents

Les effets indésirables les plus rapportés sont les réactions au site d'injection (*rapportées chez 84,8 % des vaccinés dans les 5 jours suivant un rendez-vous vaccinal*) et les céphalées (*rapportées chez 13,2 % des vaccinés dans les 15 jours suivant un rendez-vous vaccinal*). Ces effets indésirables étaient en général d'intensité légère ou modérée.

Contre-indications

Le vaccin ne doit pas être administré en cas :

- D'allergie aux substances actives, à l'un des autres composants du vaccin
- De réaction allergique après une précédente injection.

⁶ La HAS rappelle que la priorité demeure la vaccination des 11 à 14 ans.

La vaccination doit être différée en cas de maladie aiguë avec fièvre.

b) Recommandations

L'Organisation mondiale de la Santé recommande les schémas vaccinaux suivants :

- **1 dose** chez les filles âgées de 9 à 14 ans ;
- **1 à 2 doses** chez les filles et jeunes femmes âgées de 15 à 20 ans ;
- **2 doses** administrées à 6 mois d'intervalle chez les femmes de plus de 21 ans (ou selon les stratégies nationales).

L'OMS précise que :

« La cible prioritaire de la vaccination est constituée par les filles âgées de 9 à 14 ans, avant le début de l'activité sexuelle. »

La vaccination des garçons et des populations plus âgées est également recommandée lorsque cela est possible, afin de renforcer l'immunité de groupe et de prévenir les cancers liés au HPV chez l'homme.



Summary of WHO position on HPV vaccines (Dec 2022)

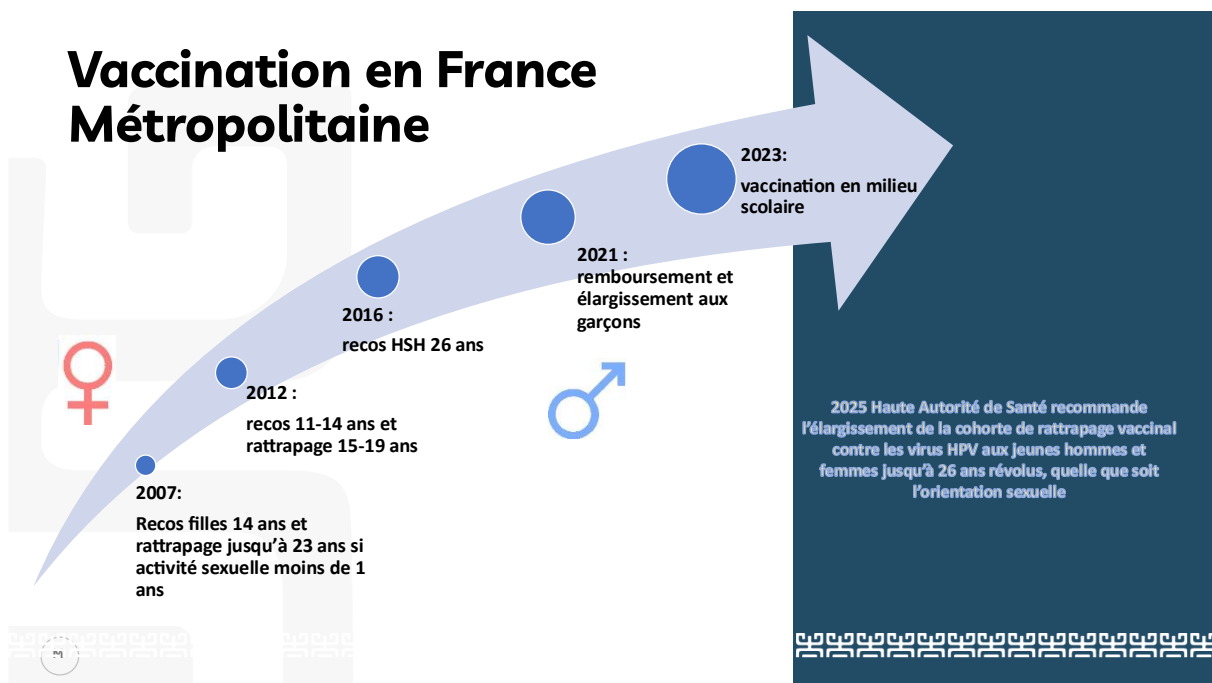
Primary target group		• Girls, 9-14 years old
Vaccination Schedule (F = M)	≥ 9 years old => 26/45yr	• 2 doses, <i>min interval 6m, 12 recommended, no maximum interval*</i>
	9-20 years old	• 1-dose*
	Immuno-compromised & HIV+ individuals (any age)	• Minimum 2 doses*, ideally 3 doses
Vaccination prioritization	Multi Age Cohort Catch-up	• Prioritize multi-age cohort (MAC) vaccination at introduction or catch-up missed girls through 18 years of age • Offer multiple opportunities to receive at least 1 dose before age 15
	Immunocompromised /HIV+ and sexually abused individuals	• Prioritize vaccination of immunocompromised/ PLWHIV and children or adolescents who faced sexual abuse
	Boys	• Introducing the vaccination of boys and older females should be carefully managed until the global supply situation is fully unconstrained.
	Older age cohorts	
Priority research	<ul style="list-style-type: none"> • Duration of protection offered by single dose in 9 to 14-year-old girls; • Immunogenicity and protection of reduced schedules in immunocompromised individuals • Single dose in boys & older cohorts • Immunogenicity and protection of reduced schedules in children younger than 9 years old • Implementation research on strategies to improve uptake 	

En France hexagonale, la Haute Autorité de Santé recommande une vaccination :

- Pour les filles **et les garçons de 11 à 14 ans** (2 doses) ;
- Un rattrapage pour les 15 - 26ans (3 doses)

	1 ^{er} schéma vaccinal	2 ^e schéma vaccinal
1 ^{re} injection	Entre 11 et 14 ans	Entre 15 et 26 ans
2 ^e injection	de 5 à 13 mois plus tard	2 mois après la 1 ^{ère} injection
3 ^e injection		4 mois après la 2 ^e injection

Depuis novembre 2023, en France Hexagonale et dans les DOM, la vaccination a débuté en milieu scolaire. En effet, le président de la République française a annoncé la mise en place d'une campagne de vaccination généralisée contre les infections à HPV dans les établissements scolaires. Tous les collégiens de 5^{ème} volontaires peuvent se faire vacciner gratuitement. Cette mesure n'est pas obligatoire et est soumise à l'approbation parentale et n'est pas en vigueur en Polynésie Française.



c) Schéma vaccinal en PF

En Polynésie française, depuis 2024, le Pays a fait le choix de prendre en charge la vaccination anti-HPV pour les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans, selon un schéma à 2 doses. Cette campagne est portée par l'ICPF et la Direction de la santé.

La couverture vaccinale reste encore à améliorer, mais une progression est observée : 1056 doses ont été distribuées en 2024 contre 1867 doses distribuées en 2025.

Deux circuits existent pour la vaccination :

- Prescription médicale et pharmacies d'officine : doses prises en charge par l'ICPF
- Dispensaires et structures publiques (hôpitaux périphériques, PMI, médecine scolaire) : doses prises en charge et fournies par la pharmapro de la DS

d) Efficacité et sécurité du vaccin

Le vaccin contre le HPV bénéficie aujourd'hui d'un recul de plus de 15 ans, avec plus de 300 millions de doses administrées dans le monde.

Les études internationales montrent :

- Une **réduction majeure des infections à HPV** ciblés par le vaccin
- Une **diminution significative des lésions précancéreuses** du col de l'utérus
- Dans les pays ayant une forte couverture vaccinale, une **baisse de l'incidence des cancers du col** chez les jeunes femmes

Aucun signal de sécurité remettant en cause la balance bénéfique/risque n'a été identifié à ce jour par les autorités sanitaires internationales⁷.

e) L'exemple de l'Australie

L'Australie a fait le choix de mettre en place un programme national et gratuit de vaccination anti HPV dans le milieu scolaire d'abord pour les filles de 12 – 13 ans en 2007, puis pour les garçons en 2013, obtenant ainsi un taux de couverture vaccinale de 70-80%. L'Australie a montré une chute majeure des infections HPV 16/18, une baisse des condylomes génitaux, une diminution des lésions cervicales précancéreuses de haut grade chez les jeunes femmes⁸.

Le succès australien repose sur une vaccination anti HPV gratuite, scolaire, mixte et fortement monitorée à l'échelle nationale, ils prévoient la disparition du cancer du col de l'utérus au sein de leur population à partir de 2035.

⁷ OMS, agences européennes et nationales

⁸ Australian Cebter for disease control

2.2 Prévention secondaire : dépistage en Polynésie Française

Le dépistage permet de détecter précocement des lésions précancéreuses ou une infection persistante à HPV, **avant l'apparition d'un cancer.**

a) Frottis

Le frottis est un examen cytologique consistant à prélever des cellules au niveau du col de l'utérus afin de rechercher d'éventuelles anomalies cellulaires (lésions précancéreuses ou cancéreuses). Contrairement au test HPV, il ne détecte pas directement la présence du virus.

Il peut être réalisé par différents professionnels de santé : médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue.

En Polynésie française, il est recommandé :

- chez les femmes âgées de **25 à 29 ans**
- tous **les 3 ans**, après deux premiers examens normaux réalisés à un an d'intervalle
- avec une prise en charge à 100 % par le Pays via l'ICPF

b) Test HPV

Le test HPV repose sur le même prélèvement que le frottis, mais l'analyse en laboratoire est différente.

Il permet de détecter directement la présence du papillomavirus à haut risque.

Il est recommandé :

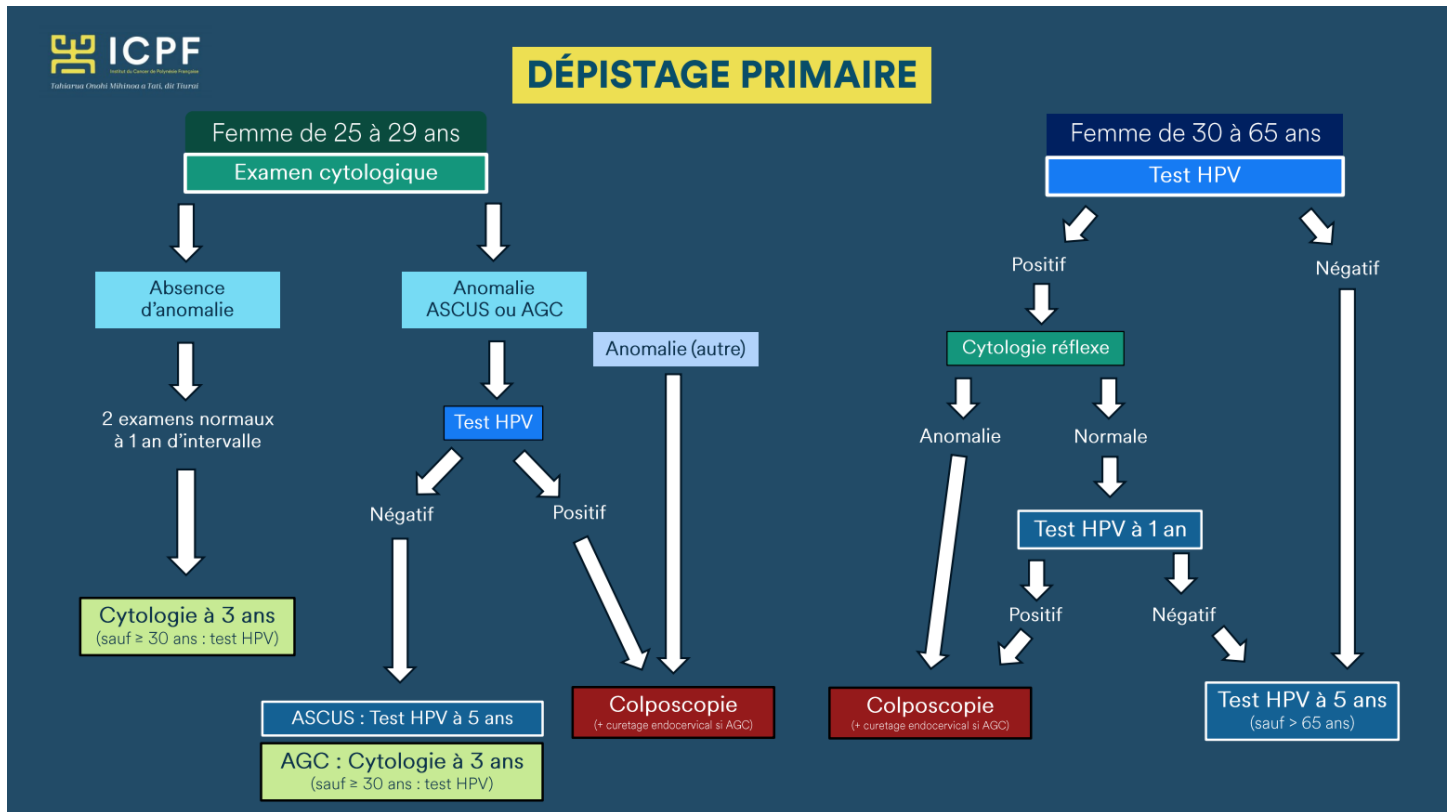
- chez les femmes âgées de **30 à 64 ans**
- tous les **5 ans** si le résultat est négatif
- avec une prise en charge à 100 % par le Pays via l'ICPF

Comme le frottis, il peut être réalisé par un médecin, une sage-femme ou un gynécologue.

Ce test, plus sensible que le frottis, permet d'espacer les intervalles de dépistage tout en maintenant un haut niveau de sécurité.

Avant 30 ans les résultats risqueraient d'être faussement positifs car la présence du virus ne signifie pas qu'il ne sera pas éliminé plus tard, alors qu'après 30 ans, la majorité des virus sont éliminés dans la population générale.

c) Arbre décisionnel



d) Laboratoire ICPF et délais

En mars 2026, l'inauguration officielle du laboratoire d'anatomocytopathologie de l'ICPF a marqué une avancée importante dans l'organisation du dépistage en Polynésie française.

Ce laboratoire prend en charge l'analyse des frottis et des tests HPV, permettant de réduire considérablement les délais de rendu des résultats :

- Test HPV seul : 48H-72H à compter de la réception
- Frottis seul : 1 semaine à compter de la réception
- Test HPV + frottis : Max 2 semaines

Cette amélioration favorise une prise en charge plus rapide et limite les pertes de suivi des patientes.

Vous pouvez contacter le laboratoire pour commander vos kits de dépistage : brochettes, pots, bons de laboratoire.

Les résultats de vos examens réalisés seront disponibles sur le serveur de résultats CYBERLAB.

Pour toute commande ou difficultés d'accès aux résultats de vos patientes, vous pouvez contacter le laboratoire au 40 47 37 00 ou par mail : contact.labo@icpf.pf

e) Le dépistage & les données RGPD

Dans le cadre du programme de dépistage, le pôle dépistage collecte certaines données de santé afin d'assurer :

- le suivi du parcours de dépistage
- la prise en charge et le financement des examens
- ainsi que le contrôle qualité du programme.

Un feuillet d'information et de recueil de consentement est remis à la patiente par le professionnel de santé au moment du dépistage. Ce document permet d'informer la patiente sur l'utilisation de ses données par l'ICPF dans le cadre du suivi de son dossier médical, ainsi que sur l'utilisation anonymisée de certaines données à des fins d'évaluation et de recherche, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Par ailleurs, les professionnels de santé ont la possibilité de contacter l'ICPF afin de vérifier l'éligibilité d'une patiente au programme de dépistage à l'adresse :

depistage@icpf.pf

f) Piste d'exploration : auto-prélèvement HPV

L'Institut National du Cancer et l'Organisation mondiale de la Santé recommandent le développement de l'auto-prélèvement HPV, notamment pour les femmes éloignées du système de soins ou ne participant pas au dépistage.

Cette stratégie consiste à proposer aux patientes de réaliser elles-mêmes un prélèvement vaginal, ensuite analysé en laboratoire.

Les recommandations actuelles suggèrent :

- De proposer l'auto-prélèvement en **seconde intention** (après une première relance sans réponse)
- De privilégier, lorsque cela est possible, un dépistage réalisé par un professionnel de santé

L'auto-prélèvement représente une piste pour améliorer la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes éloignées du système de santé ou complexées par le geste (honte, pudeur...).

Cette piste est explorée en France hexagonale, pour les femmes n'ayant pas répondu à la première relance de dépistage.

Selon les résultats de cette expérimentation et avec les retours des personnels de terrains de notre Fenua, cette piste pourrait être envisagée plus tard en Polynésie Française.

3. La place du professionnel de santé dans la prévention

Tout professionnel de santé, qu'il soit médical ou paramédical, a un rôle à jouer tout au long du parcours de santé des patientes.

Du médecin traitant à l'infirmier(ère), en passant par le/la kinésithérapeute, le/la pharmacien(ne) ou encore l'aide-soignant(e), chacun constitue un relais essentiel dans la prévention du cancer du col de l'utérus.

En effet, chaque contact avec le système de santé représente une opportunité pour :

- **informer** les patientes
- **sensibiliser** aux facteurs de risque
- favoriser **l'accès à la prévention**

Nous pouvons, par exemple, rappeler aux patientes l'importance du dépistage et leur demander si celui-ci est à jour. Il est également utile de préciser que l'examen est pris en charge à 100 % par l'ICPF, tout en rappelant que, dans le cadre d'une consultation en libéral, la consultation elle-même peut rester à la charge de la patiente.

Au-delà du dépistage, les professionnels de santé ont un rôle clé dans la promotion de la vaccination anti-HPV. Cela passe notamment par :

- L'information des parents sur l'intérêt de vacciner leurs enfants, **filles et garçons, dès l'âge de 11 à 14 ans**
- La mise en avant de **la gratuité du vaccin dans cette tranche d'âge** en Polynésie française
- L'évocation du rattrapage vaccinal après 15 ans, même s'il implique un schéma différent et une prise en charge financière par la famille.

Le rôle des professionnels de santé est également d'accompagner les patientes dans leurs éventuelles réticences (peur de l'examen, méconnaissance, idées reçues sur le vaccin), en apportant une information claire, adaptée et bienveillante.

Enfin, ils participent à la continuité du parcours de soins, en orientant les patientes vers les structures adaptées en cas d'anomalie et en veillant au suivi des résultats.

Ainsi, la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est indispensable pour une approche préventive globale promue par l'OMS, intégrant tous les moyens de prévention. Cette démarche repose notamment sur la vaccination, le traitement précoce des lésions pré-cancéreuses et la prise en charge adaptée et rapide des femmes atteintes de CCU.

4. Le parcours : de la prévention à la prise en charge, en passant par le dépistage et le diagnostic

a) Le parcours selon l'INCA

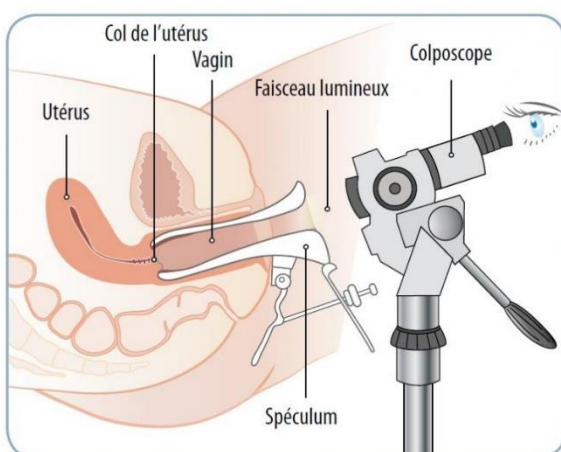
Une patiente se présente au cabinet :

- Sensibiliser, informer, inciter : dès 25 ans et jusqu'à 65 ans, sauf situations particulières, une femme est éligible au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Proposer le dépistage.
- Réaliser le prélèvement cervico-utérin (cytologie ou test HPV-HR selon l'âge de la femme).
- Envoyer le prélèvement pour analyse et interprétation des prélèvements (prise en charge à 100 % par ICPF si dépistage)
- Compte rendu :

Si les résultats sont positifs ou révèlent des anomalies, vous devez recontacter votre patiente dans les plus brefs délais afin que les investigations diagnostiques puissent être initiées rapidement⁹.

Si les résultats sont négatifs ou ne présentent aucune anomalie, et en l'absence de symptômes, vous pouvez informer votre patiente de la date de son prochain dépistage selon la recommandation adaptée à sa tranche d'âge.

En cas de prélèvement non satisfaisant (cytologie ou test HPV-HR non interprétable), le prescripteur avertit la femme et s'assure que le prélèvement est refait dans un délai de 3 à 6 mois. **Dans ce cas de figure, le dépistage sera à nouveau pris en charge à 100%.**



La colposcopie consiste à observer le col de l'utérus après avoir appliqué des « colorants », le lugol et l'acide acétique, grâce à un microscope binoculaire permettant un agrandissement et un éclairage puissant.

L'examen peut se faire avec des professionnels formés (Hopital d'Uturoa, de Taiohae et Tahiti) ou en libéral.

⁹ L'Institut national du cancer a publié des recommandations de bonnes pratiques relatives à la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale, et la HAS a publié des recommandations relatives à l'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.

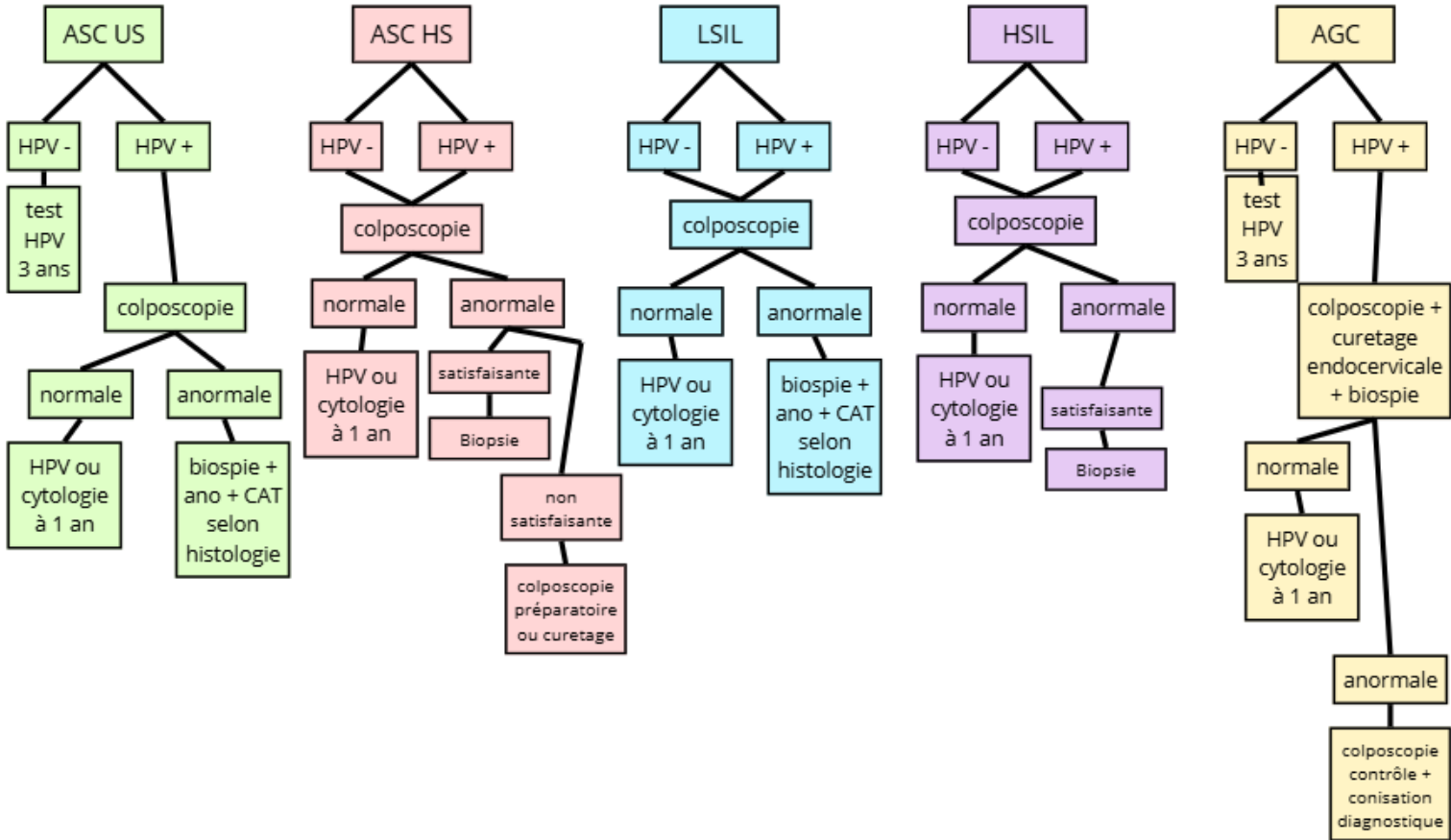


CONDUITE DIAGNOSTIQUE

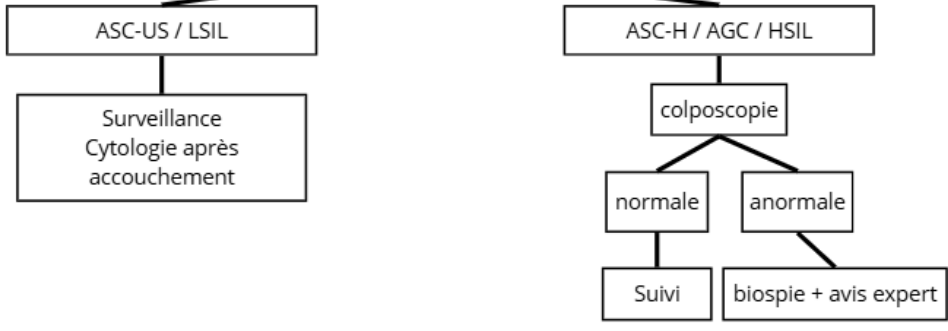
b) Frottis anormal

- A** ASC-US
- B** ASC-H
- C** LSIL
- D** AGC
- E** HSIL
- F** CYTOLOGIE ANORMALE PENDANT LA GROSSESSE

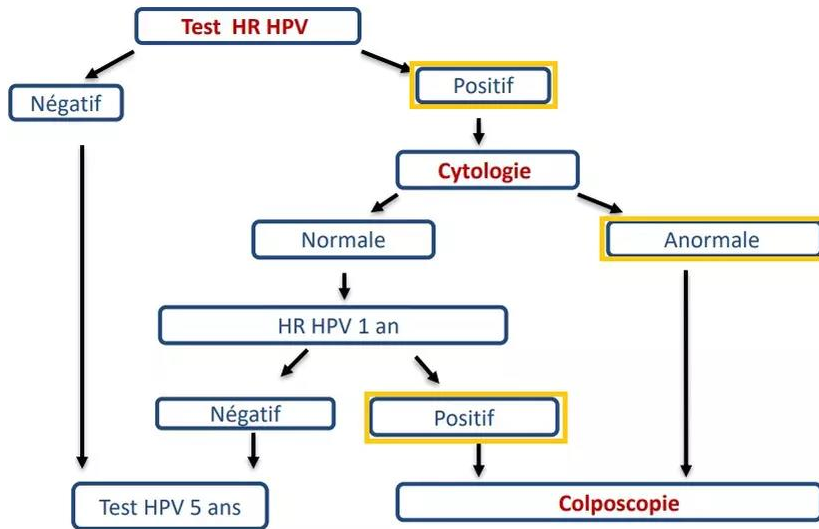
Frottis anormal



Pendant la grossesse



c) Test HPV positif

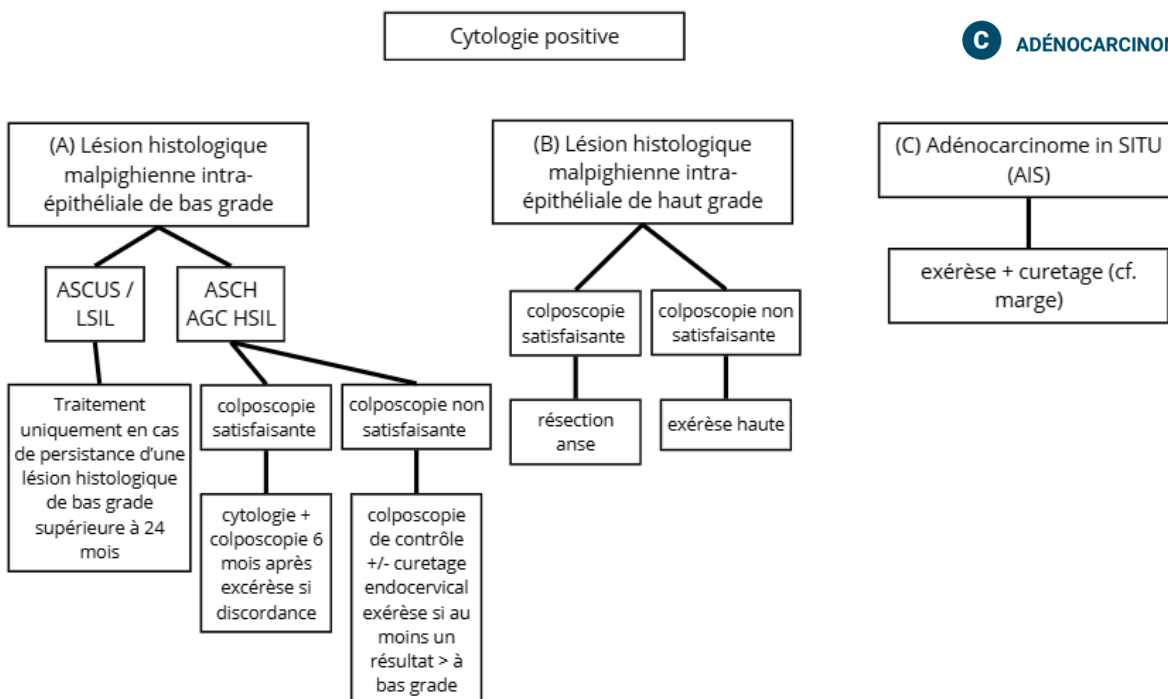


d) Indications thérapeutiques après les biopsies consécutives à la colposcopie



INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- A** LÉSION HISTOLOGIQUE MALPIGHIENNE INTRA-ÉPITHÉLIALE DE BAS GRADE
- B** LÉSION HISTOLOGIQUE MALPIGHIENNE INTRA-ÉPITHÉLIALE DE HAUT GRADE
- C** ADÉNOCARCINOME IN SITU (AIS)



Synthèse

- Cytologie (*on balaye les feuilles mortes sous l'arbre*) : étude des modifications cellulaires individuelles
- Histologie (*voir les feuilles qui sont sur l'arbre*) : Seul l'examen histopathologique d'une biopsie cervicale ou d'une pièce d'exérèse permet d'établir un diagnostic définitif de CIN. Sur un échantillon de tissu cervical, on ne peut juger de la présence ou non d'une CIN et de son degré de sévérité, qu'en fonction de critères histologiques ayant trait à la différenciation, à la maturation, à la stratification des cellules et aux anomalies nucléaires. On détermine le grade de la CIN d'après la proportion de l'épaisseur de l'épithélium présentant des signes de maturation et de différenciation cellulaire.
- Lésions bas grade : privilégier la préservation de la fertilité
- Lésions haut grade : arriver avant le stade invasif

Possibilités de régression ¹⁰

Classe de CIN	Régression	Persistance	Evolution vers la CIN 3	Evolution vers le cancer invasif
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	1.5%
CIN 3	32%	56%	-	12%

Dans une autre revue bibliographique, les probabilités cumulées de régression, de persistance et d'évolution, pour les différents stades de CIN suivis à la fois d'un point de vue cytologique et histologique, étaient respectivement de 45%, 31% et 23%¹¹

¹⁰ Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales : Manuel à l'usage des débutants, édité par J.W. Sellors et R. Sankaranarayanan Chapitre 2 : Introduction à la Néoplasie Cervicale Intraépithéliale (CIN)
<https://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2&chap=2>

¹¹ Mitchell et al., 1994

5. Le parcours de soin

a) Théorie

La prise en charge du cancer du col de l'utérus dépend principalement :

- Du **stade de la maladie** (localisé, localement avancé ou métastatique)
- De la **taille de la tumeur**
- De l'**état général de la patiente**
- De son **projet de fertilité**

Elle repose sur une approche multidisciplinaire associant chirurgie, radiothérapie et traitements systémiques.

b) Traitement des lésions précancéreuses¹²

Lésion de bas grade CIN1 : La prise en charge clinique des patientes consiste en le suivi de la patiente et traitement ultérieur si la lésion persiste ou évolue au bout de 18 à 24 mois.

Lésion de haut grade CIN 2 et 3 : Toutes les patientes présentant des lésions de haut grade doivent être traitées par cryothérapie ou RAD (résection à l'anse diathermique) conisation (au bistouri ou au laser).

Grossesse : Les femmes chez lesquelles on a diagnostiqué une CIN de haut grade pendant la grossesse pourront être réexaminées après la 28^{ième} semaine de grossesse. Si la maladie n'évolue pas, la patiente sera revue 2 à 3 mois après l'accouchement pour faire une biopsie afin d'établir un diagnostic définitif et mettre en place un traitement approprié des lésions.

Les femmes soignées pour une CIN doivent être réexaminées 9 à 12 mois après le traitement et un test HPV de contrôle doit être réalisé.

Avant le stade de cancer invasif, les lésions précancéreuses peuvent être traitées de manière simple et efficace. Ces traitements permettent, dans la majorité des cas, de prévenir l'évolution vers un cancer invasif tout en conservant la fertilité

¹² circ oms <https://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=2&chap=11.php>

c) Traitement des cancers

Les femmes chez lesquelles on a diagnostiqué un **cancer invasif** doivent être rapidement orientées vers un traitement spécialisé¹³

Le choix du traitement est adapté à chaque cas.

Il est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui rassemble plusieurs médecins spécialistes.

La chirurgie, la radiothérapie externe, la radiochimiothérapie concomitante, ces deux dernières pouvant être suivies ou non d'une curiethérapie, et les traitements médicamenteux (chimiothérapie conventionnelle et/ou thérapies ciblées) sont les principaux traitements des cancers invasifs du col de l'utérus.

Selon les cas, ils ont pour objectif(s) de :

- Supprimer la tumeur ou les métastases ou en réduire la taille
- Ralentir le développement de la tumeur ou des métastases
- Réduire le risque de récurrence
- Prévenir et traiter les symptômes et les complications engendrés par la maladie et les traitements pour assurer la meilleure qualité de vie possible

Traitements selon le stade

Comment détermine-t-on le stade d'un cancer du col de l'utérus ?

Pour déterminer le stade du cancer, les médecins s'appuient sur le système de classification défini par la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO). Dans cette classification, ici simplifiée, il existe quatre stades différents, numérotés de I à IV, qui se décomposent eux-mêmes en sous-groupes qualifiés par une lettre et un chiffre donnant des précisions supplémentaires sur l'étendue du cancer.

Le stade I

Le stade I correspond aux cancers **strictement limités au col de l'utérus** :

- **Stade IA** : la tumeur est invisible à l'œil nu. Elle est identifiée uniquement au microscope et sa taille est inférieure à 5 millimètres d'épaisseur. Il est divisé en stades IA1 (épaisseur inférieure à 3 millimètres) et IA2 (épaisseur comprise entre 3 et 5 millimètres).

¹³ <https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/col-de-l-uterus/traitements>

- **Stade IB** : la tumeur peut être visible à l'œil nu ou identifiée uniquement au microscope :
 - Stade IB1 : la taille de la tumeur est comprise entre 5 millimètres et 2 centimètres
 - Stade IB2 : la taille de la tumeur est comprise entre 2 centimètres et 4 centimètres
 - Stade IB3 : la taille de la tumeur est supérieure ou égale à 4 centimètres

Le stade II

Le stade II correspond aux cancers qui se sont **étendus au-delà de l'utérus** :

- **Stade IIA** étendu à la partie supérieure du vagin :
 - Stade IIA1 : la taille de la tumeur est inférieure à 4 centimètres
 - Stade IIA2 : la taille de la tumeur est supérieure ou égale à 4 centimètres
- **Stade IIB** étendu aux paramètres

Le stade III

Le stade III se rapporte aux cancers qui se sont **étendus** :

- **Stade IIIA** étendu la partie inférieure du vagin sans atteindre la paroi pelvienne
- **Stade IIIB** étendu à la paroi pelvienne pour les
- **Stades IIIC** étendus aux ganglions pelviens (IIIC1) ou para-aortiques (IIIC2)

Le stade IV

Le stade IV concerne les cancers qui se sont **étendus** :

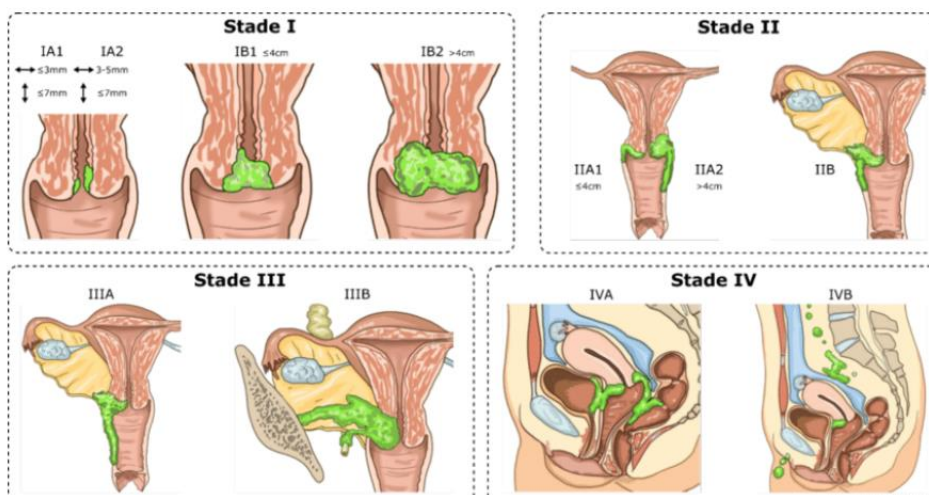
- **Stade IVA** jusqu'à la muqueuse de la vessie ou du rectum
- **Stade IVB** propagés au-delà de la cavité du pelvis et qui ont formé des métastases à distance

Qualification des stades

Les stades IA1, IA2, IB1, IB2 et IIA1 sont qualifiés de précoces.

Les stades IB3 à IVA (sauf IIA1) correspondent à des cancers de stades localement avancés.

Le stade IVB est dit métastatique.



Stades cliniques des cancers invasifs du col de l'utérus selon les recommandations de la FIGO (adapté de [10])

Possibilités de traitements pour les cancers de stade IA1

Le diagnostic a été posé à partir du fragment du col retiré par conisation.

Deux options sont possibles :

- Si les marges du fragment retiré sont saines, c'est-à-dire que la tumeur a été totalement enlevée, alors la conisation seule suffit
- Dans le cas contraire, une seconde conisation est proposée.
- Dans certains cas, les ganglions pelviens sont également prélevés pour vérifier s'ils sont atteints ou non par des cellules cancéreuses

Chez les femmes qui envisagent une grossesse ultérieure, un traitement conservateur de l'utérus peut être discuté dans certains cas (conisation seule, trachélectomie simple ou élargie).

Possibilités de traitement pour les cancers de stade IA2

Le diagnostic de cancer est confirmé après conisation du col de l'utérus.

Le traitement de référence est la conisation seule ou l'hystérectomie simple. Dans certains cas, les ganglions pelviens sont prélevés pour vérifier s'ils sont atteints ou non par des cellules cancéreuses.

Chez les femmes qui envisagent une grossesse ultérieure, un traitement conservateur de l'utérus peut être discuté dans certains cas (conisation seule, trachélectomie simple ou élargie).

Possibilités de traitements pour les cancers de stades IB1, IB2 et IIA1

Les traitements possibles sont :

- Une intervention chirurgicale pour retirer l'utérus, la partie supérieure du vagin et les paramètres (appelée colpo-hystérectomie élargie) ainsi que les ganglions lymphatiques pelviens

Ou

- Une radiothérapie externe associée à une curiethérapie.

Chez les femmes qui envisagent une grossesse ultérieure, un traitement conservateur de l'utérus peut être discuté dans certains cas (trachélectomie élargie).

Dans certains cas, d'autres traitements peuvent être prescrits en complément : une radiothérapie pelvienne ou une radiochimiothérapie concomitante réalisée après la chirurgie. Ils sont qualifiés d'adjuvants.

Possibilités de traitements pour les cancers de stades IB3 à IVA (sauf IIA1)

Le traitement de référence est la radiochimiothérapie concomitante suivie par une curiethérapie réalisée au niveau de l'utérus et du vagin.

La radiochimiothérapie concomitante associe une chimiothérapie à une radiothérapie externe. Avant ce traitement, les ganglions peuvent être prélevés pour déterminer s'ils sont envahis ou non par des cellules cancéreuses et ainsi préciser le champ de la radiothérapie.

Possibilités de traitements pour les cancers de stade IVB

Le traitement de référence est une polychimiothérapie (chimiothérapie comprenant plusieurs molécules) qui peut être associée à une thérapie ciblée.

Une radiothérapie pelvienne peut également être proposée, notamment pour réduire les douleurs ou les saignements.

d) Prise en charge globale

La prise en charge ne se limite pas au traitement du cancer.

Elle inclut également :

- La gestion des effets secondaires
- Le suivi post-thérapeutique
- L'accompagnement psychologique
- Si nécessaire, la prise en charge de la fertilité et de la sexualité

Arrêter de fumer fait partie du traitement, il est fortement recommandé d'arrêter de fumer afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements anticancéreux et d'améliorer la qualité des soins. Les études montrent l'importance de l'arrêt du tabac en termes de pronostic, de récurrence, de second cancer et de qualité de vie pour les patients.

e) Disponible au Fenua

Dépistage et diagnostic

En Polynésie française, dépistage et diagnostic par frottis ou test HPV peuvent se faire par des professionnels de santé (disponibles sur place ou lors des missions).

Les analyses sont faites au laboratoire de l'ICPF, comme mentionné plus haut.

Traitements

Les traitements du cancer du col de l'utérus sont presque tous disponibles à Tahiti avec la radiothérapie, la chirurgie, la chimiothérapie et l'immunothérapie.

Seule la curiethérapie n'est pas disponible ici d'où les EVASAN pour ce motif.

Le suivi

Le pôle coordination de l'ICPF coordonne les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), organisées par le CHPF. Ces réunions répondent à l'obligation de discussion collégiale pluridisciplinaire avant de proposer une décision à une patiente.

Les soins de support

Les soins de support comprennent l'accompagnement psychologique, social, diététique, physique ou spirituel. Ils sont proposés selon les besoins identifiés lors des différentes étapes du parcours de soins.

Une liste de professionnels est disponible sur le site de l'ICPF dans l'onglet Patient puis Soins de support.

Un calendrier détaillant les soins de support peut aussi être donné aux patients (à commander auprès de l'ICPF)

6. Recherche et avenir

Stratégies vaccinales

L'OMS a rédigé un rapport sur la possibilité d'une vaccination monodose en se basant sur l'étude menée dans 57 pays en 2024¹⁴.

Le dépistage

Afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus, des recherches sont menées telles que :

- Une action combinée d'un test HPV et de l'Intelligence Artificielle¹⁵
Un test HPV simplifié, plus accessible et moins coûteux et un outil d'intelligence artificielle capable d'analyser les images du col de l'utérus et de détecter automatiquement les lésions précancéreuses.
- Les auto-tests HPV en cas d'échec du deuxième rappel au dépistage
Plusieurs articles en parlent.¹⁶

¹⁴ WHO Position Paper (2022) – Endorses single-dose HPV vaccination for girls aged 9–14 based on emerging evidence

¹⁵ AI4CC fondation MSF

¹⁶ CRCDC GRAND EST <https://depistagecancer-ge.fr/actualites/projet-mirabelle/> Projet mirabelle
Le projet européen HPV-FASTER
Reques et al. BMC Women's Health <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01356-8>

Les stratégies thérapeutiques

L'institut Curie et la fondation ARC travaillent sur plusieurs projets afin d'améliorer les stratégies thérapeutiques :

- La mise en place de nouvelles stratégies chirurgicales (tel que le ganglion sentinelle) limitant le risque de complication
- Le suivi de la maladie par biopsie liquide (suivi du papillomavirus humain) à l'aide d'une prise de sang pendant et après les traitements
- La recherche de nouvelles thérapies personnalisées
- Le développement de stratégies vaccinales thérapeutiques qui ciblent le papillomavirus humain et renforcent le système immunitaire
- De nouvelles approches qui consistent à combiner les traitements contre le cancer du col de l'utérus, comprenant l'immunothérapie, pour en améliorer l'efficacité

Dépistage et traitement dans le même temps

Le programme SUCCESS¹⁷ d'Expertise France l'OMS, vise à renforcer la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus par le dépistage du papillomavirus humains et le traitement par ablation thermique des lésions précancéreuses éventuelles.

7. Rappel du rôle des soignants dans le parcours de soin

Etapes	Rôle	Outils, Actions possibles
Prévention	Partenaire de diffusion	Flyers, affiche au sein des locaux Promotion de la santé (lutte contre le tabagisme) Campagne de vaccination anti HPV
Dépistage	Promotion de dépistage	Marketing social, communication présumptive Sensibilisation Une démarche d'écoute active Rappel des examens et des intervalles
Diagnostic	Soignant & prescription	Orientation et tests adaptés Explication des processus
Traitement	Garant de la continuité des soins	RCP Consultation annonce soins de support
Guérison	Accompagnement	Retour au travail accompagnement entourage
Rechute	Surveillance	Suivi régulier

¹⁷ Scale Up Cervical Cancer Elimination with Secondary Prevention Strategy (SUCCESS)

<https://linitiative.expertisefrance.fr/projets-que-nous-soutenons/success-1-prevenir-le-cancer-du-col-de-luterus/>

0 dépistage

1 DIAGNOSTIC

- RECHERCHE DE LA MALADIE
- DISCUSSION AVEC UN MÉDECIN

2 ANNONCE

- CONSULTATION AVEC UN MÉDECIN
- CONSULTATION AVEC UNE INFIRMIÈRE

3 TRAITEMENT

- SOINS SPÉCIFIQUES DU CANCER
- SOINS DE SUPPORT

4 APRÈS-CANCER

- SUIVI DES TRAITEMENTS
- RETOUR À LA MAISON APRÈS L'HOSPITALISATION
- RETOUR AU TRAVAIL

© Pierre Bourcier

ICPF

Institut du Cancer de Polynésie Française

11 - 14 ans

Vaccination HPV



2 DOSES
à 6 mois d'intervalle

25 - 64 ans

Frottis



TOUS LES 3 ANS PUIS
TOUS LES 5 ANS

45 - 74 ans

Mammographie



TOUS LES 2 ANS
+/- échographie si nécessaire

Informations : 40 47 35 00 - depistage@icpf.pf

www.icpf.pf



ICPF

Institut du Cancer de Polynésie Française

Tahiarua Onohi Mihinoa a Tati, dit Tiurai