

Ce que vous avez manqué :



Tahiarua Onohi Mihinoa a Tati, dit Tiurai

- ☐ Sondage dépistage juin vert
- ☐ Vaccination HPV AU Fenua
- ☐ Frottis et test HPV

Technique résultats dépistage

- ☐ Cat condylome et lésion précancéreuses
- ☐ Cat cancer du col utérin
- ☐ Cas clinique stade avancé

INTERVENANTS

Emmanuelle NICOLE ICPF

Dr Laurence ROCHAT STETTLER Direction Santé

Dr Laurent STIEN ICPF

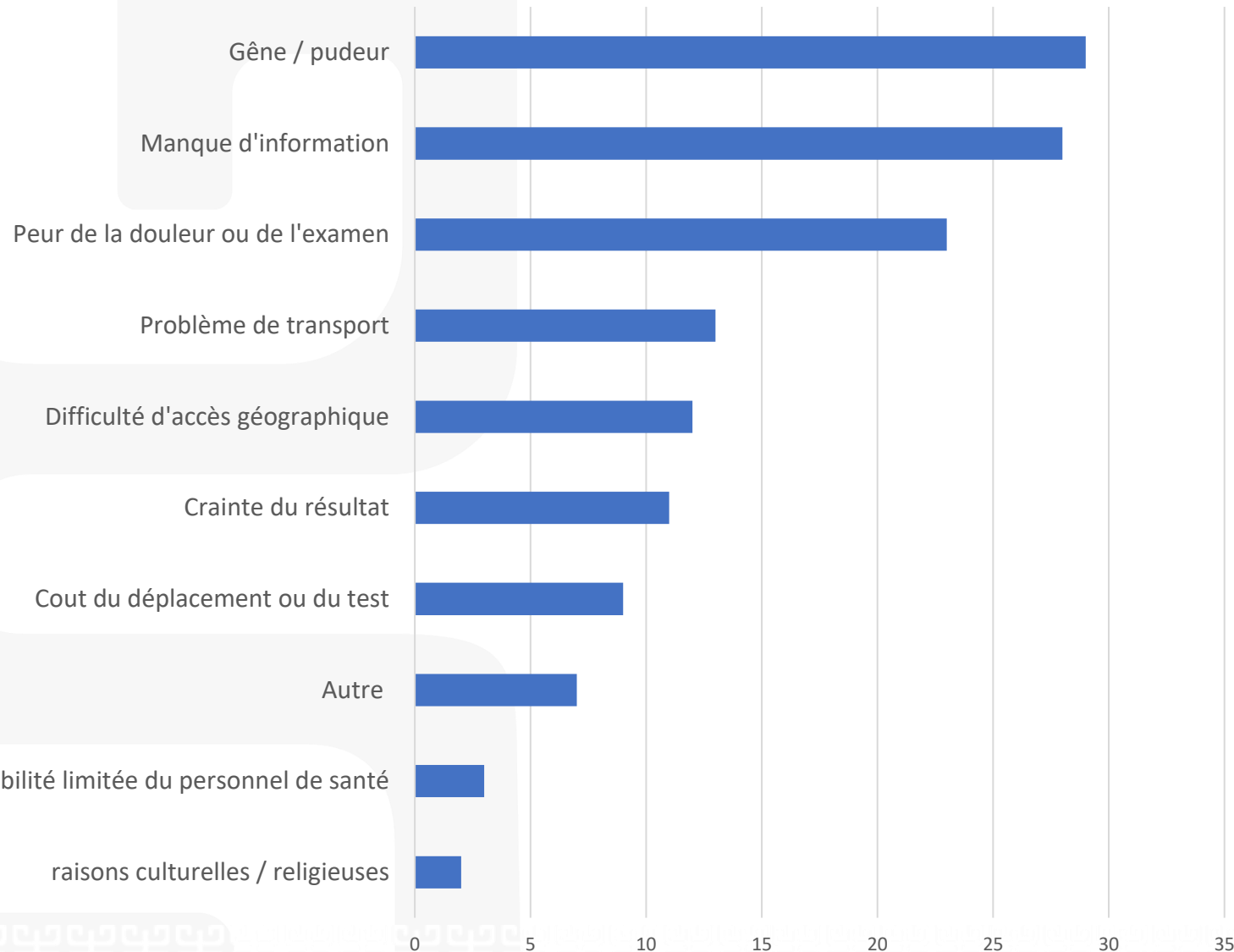
Philippe SEURAT ICPF

Dr Lucyle ORGERIT CHPF

Dr Sylvie MENGUE CHPF

résumé soirée juin vert 02 JUIN 2026

Les freins au dépistage



Freins organisationnels / structurels

- Manque d'information sur le suivi gynécologique annuel
- Isolement / problème de transport
- Précarité des patientes / tier payant de l'acte en libéral
- Manque d'accessibilité aux soins liés à l'intimité dans les structures de proximité (lien de confiance) car pas de soignants adéquats.
- Turn over des soignants
- Pas de promotion de la santé

→ manque de rappel organisé et manque d'action de prévention

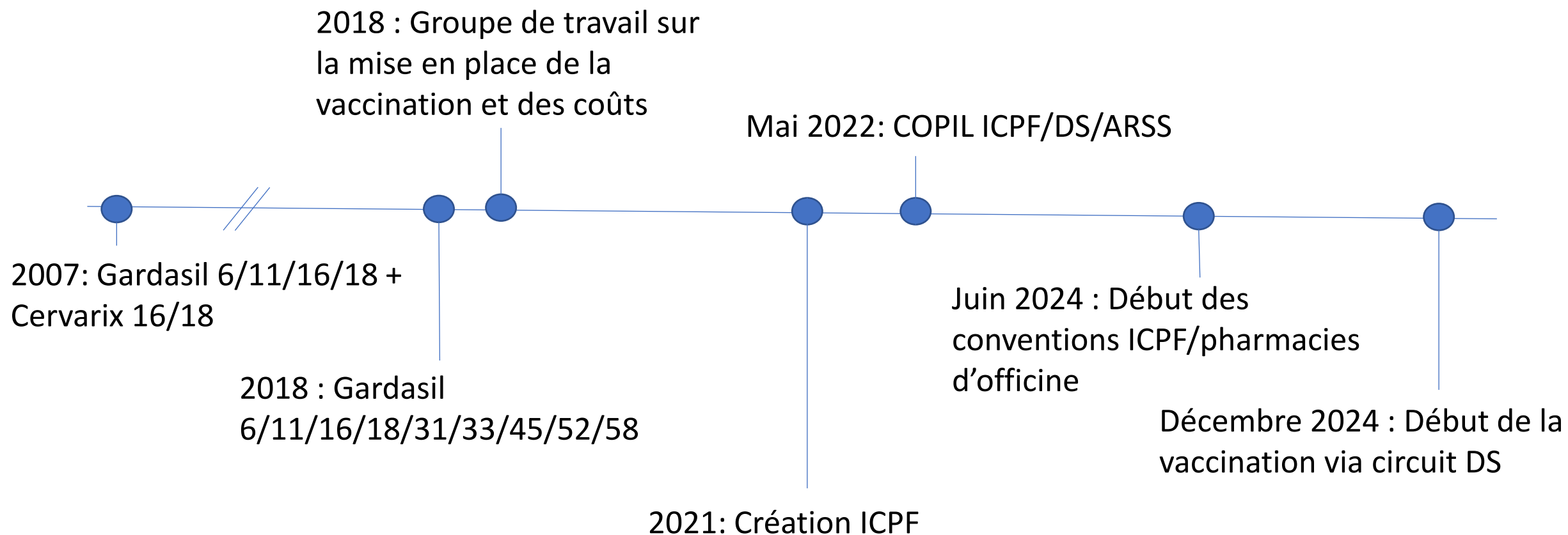
→ papier

autres

- Pas de consultation dépistage c'est pour un problème de santé
- Oubli de la date du dernier dépistage
- « pas le temps »
- Plus de consultation après grossesse
- Idée reçue en couple depuis longtemps
- Idée si bonne santé, on ne consulte pas
- Coût de la consultation



Historique de la Vaccination HPV EN Polynésie française





DIRECTION
DE LA SANTÉ

Deux circuits

47 pharmacies conventionnées

32 Tahiti,
3 Moorea,
3 Raiatea,
1 Tahaa,
1 Huahine,
2 Bora bora,
1 Rangiroa,
1 Nuku Hiva,
1 Atuona,
1 Tubuai,
1 Rurutu



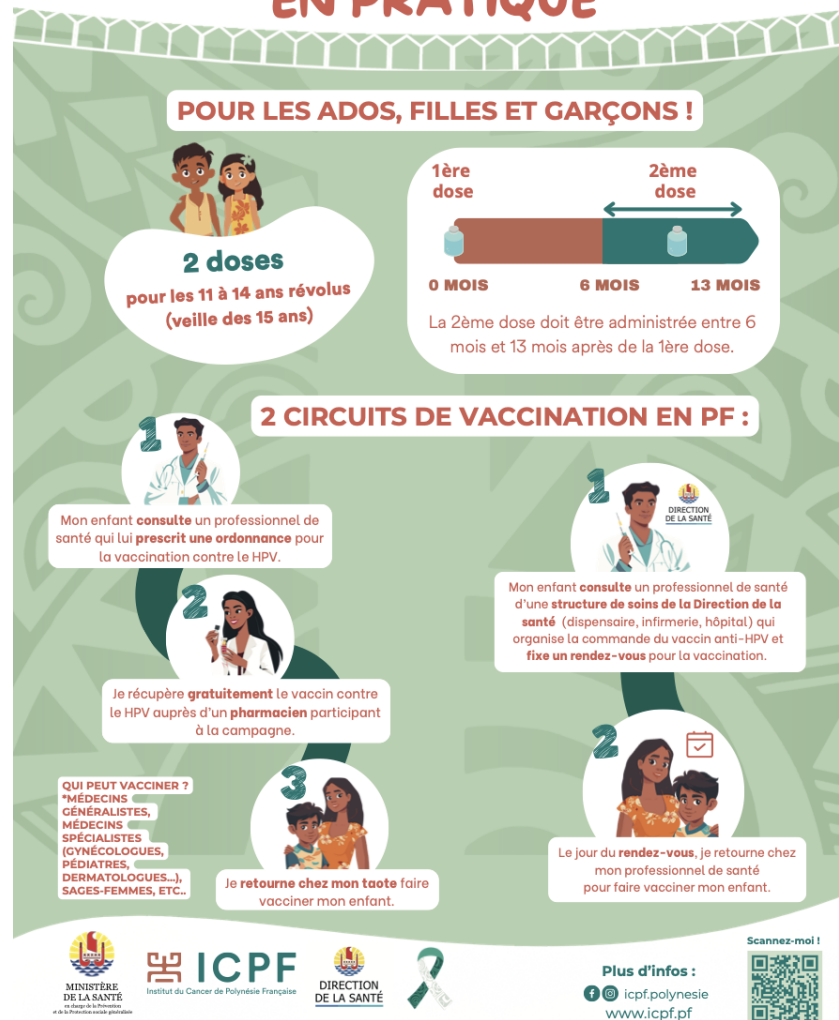
2024 : 1058 doses

2025 : 1847 doses

60% filles 40 %garçons

60% 1ère dose 40% 2ème dose

LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) EN PRATIQUE



Structures de la DS :
hôpital,
centre médical,
Dispensaire
et infirmerie



DIRECTION
DE LA SANTÉ

2024 : 1 dose

2025 : 751 doses

2026 : 551 doses



les Journées de vaccination dans les centres temporaires de vaccination HPV



DIRECTION
DE LA SANTÉ

Pirae

- juin 2025 : 95 vaccinés
- février 2026 : 112 vaccinés

Taravao

- juin 2025 : 38 vaccinés

Tautira

- avril 2026 : 39 vaccinés
- prévu octobre 2026

Teahupoo

- prévu 24/06/2026

**CENTRE TEMPORAIRE
DE VACCINATION
ANTI-HPV**

Samedi 7 février 2026 | À partir de 8h
Dans la limite des doses disponibles

Centre de la Mère et
de l'Enfant de Hamuta
Entrée B - rez-de-chaussée

11 - 14 ans
Filles et garçons
1ère et 2ème dose
Carnet de santé recommandé

**Vaccination
gratuite**

Total : 284

Conclusions

- La vaccination en milieu scolaire fonctionne: de 0% à 47% - 75% de couverture vaccinale parmi la population cible en une mission!

Propositions

- **Convention de coopération avec la DGEE** en vue de répéter ces actions dans d'autres communes abritant des collèges
- **Renforcement des équipes DS** pour vaccination dans les écoles
- Poursuite conventionnement avec pharmacies d'officine
- Passage à la **monodose**
- Intégration de la vaccination HPV comme **recommandée** en monodose **dans le calendrier vaccinal officiel**



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

Nouvelle campagne 2026

**CE QUI CHANGE
AU 1^{ER} FÉVRIER 2026**



Dépistage du cancer du sein

45 à 74 ans révolus :

Examen clinique, mammographie +/- échographie
mammaire de dépistage pris en charge à 100% par l'ICPF.

🕒 **Tous les 2 ans**

Femmes des îles :

RDV possible dans un délai de 5 jours maximum et
tolérance de 6 mois pour les âges et intervalles.

Ex : femme de 44 ans et 6mois, résidente de Rangiroa
→ mammographie prise en charge

Conduite à tenir :

ACR2 → Surveillance intervalle de 2 ans

ACR3 → Surveillance rapprochée (6-4-3 mois)

ACR4 / ACR5 → Biopsie



Dépistage du cancer du col de l'utérus

25 à 64 ans révolus

25 à 30 ans
Frottis cervico-utérin FCU

🕒 **Tous les 3 ans**

après 2 frottis normaux
à un an d'intervalle

À partir de 30 ans
Test HPV

🕒 **Tous les 5 ans**

Remplace le frottis
tous les 3 ans

Conduite à tenir :

cf. algorithmes complets InCa HAS sur le site de l'ICPF

De 25 à 30 ans

FCU ASCUS

→ Test HPV reflexe

si test HPV positif
colposcopie +/- biopsoe
si test HPV négatif
pas de colposcopie

FCU anormal → colposcopie +/- biopsie d'emblée
LSIL / HSIL / ASCH / AGC

À partir de 30 ans

Test HPV positif → FCU reflexe

FCU anormal
colposcopie +/- biopsie
FCU normal
Test HPV à 1 an

À destination des professionnels de santé

Pour toutes questions concernant le depistage
Pour toutes questions concernant les résultats
de FCU et test HPV

40 47 35 00
40 47 37 00

depistage@icpf.pf
contact.labo@icpf.pf

www.icpf.pf



Milieu de transport

AlphaPath ILSA

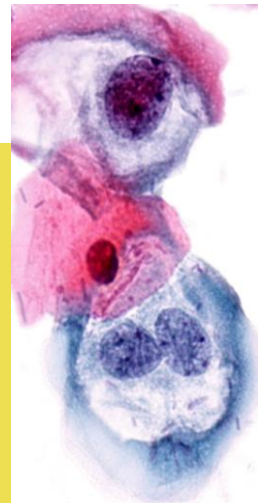
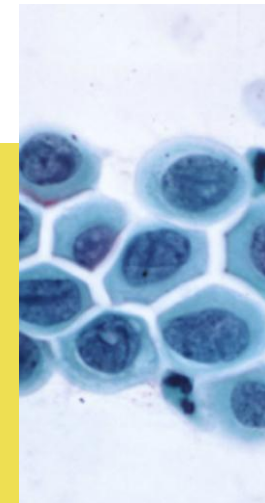
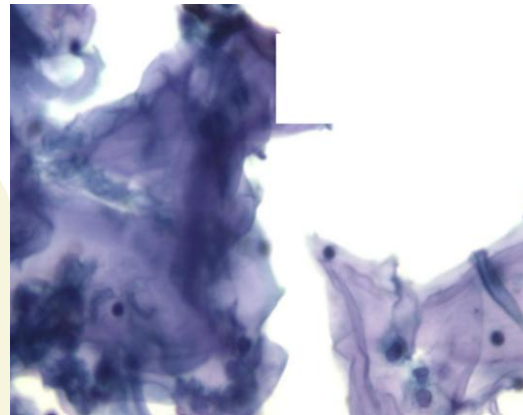
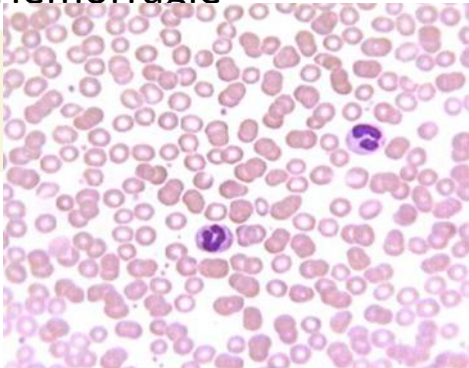
LAISSER LA BROSSE DANS LE FLACON



Pb pour les frottis :

lubrifiant

Hémorragie



FROTTIS ou test HPV ?

Même examen pour la patiente

Pas d'intérêt de combiner les 2 dans le dépistage

Pas d'intérêt du test entre 25 et 30 ans (période de clairance du virus)

Intérêt du test après 30 ans spécificité et sensibilité

Espacement des prélèvements HPV tous les 5 ans

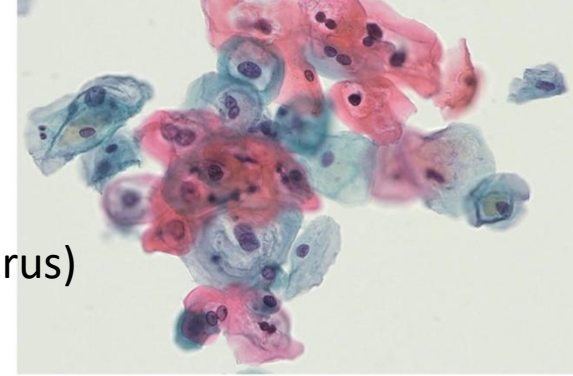


Figure. 7.6. Microscopie : frottis cervico-utérin avec lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade (coloration selon Papanicolaou).



RECHERCHE PAR PCR DES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS A HAUT RISQUE (HPV)

Technique : Xpert HPV - GeneXpert : Biologie moléculaire par RT-PCR

Renseignements cliniques

HPV de type 16
HPV de types 18-45
HPV de types 31-33-35-52-58
HPV de types 51-59
HPV de types 39-56-66-68

Interprétation

Dépistage individuel

Négatif
Négatif
POSITIF
Négatif
POSITIF
Présence d'ADN de HPV oncogène à Haut Risque

Questions réponses

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection Outils pour la pratique, INCa, juillet 2022

- **Cas particulier de l'auto-prélèvement vaginal (APV)**
 - Le test HPV-HR sur APV peut être considéré comme une **modalité de prélèvement alternative** au prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé, permettant de faciliter le dépistage des femmes qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé. (intérêt pour les îles ?)
- **Le co-testing est-il recommandé en première intention?**
 - le recours au co-testing (cytologie associée au test HPV-HR systématiquement) n'est pas recommandé en dépistage primaire. En effet, devant le manque de preuves du bénéfice de son utilisation, il convient de privilégier le recours à un seul test de dépistage (examen cytologique ou test HPV-HR) selon l'âge de la femme.
- **Pourquoi ne pas utiliser le test HPV-HR avant 30 ans?**
 - Le test HPV-HR présente une sensibilité supérieure à celle de l'examen cytologique pour détecter les lésions précancéreuses. Cependant, il est moins spécifique, ce qui aboutit à un nombre accru de tests HPV-HR positifs non confirmés par la présence de lésions de haut grade à l'examen cytologique, en particulier chez les femmes les plus jeunes. Le dépistage primaire par test HPV-HR a également démontré une meilleure efficacité que celle du dépistage par examen cytologique pour les femmes de plus de 30 ans, sachant qu'on observe une diminution de l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus de 60 à 70 % dans cette tranche d'âge. Mais cette efficacité supérieure n'est pas retrouvée chez les femmes de moins de 30 ans. Ainsi, compte tenu de la prévalence élevée des infections par le HPV-HR transitoires chez les femmes de moins de 30 ans et de l'absence de preuves d'une meilleure efficacité du test HPV-HR dans ce groupe d'âge, les données actuelles ne conduisent pas à recommander de commencer le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus par test HPV-HR avant l'âge de 30 ans.
- **Quels sont les risques d'un dépistage trop fréquent?**
 - Une proportion importante de lésions précancéreuses régresse spontanément. Proposer aux femmes un dépistage plus fréquent que les intervalles recommandés augmente le risque de dépister ces dernières. Ceci entraîne des investigations diagnostiques et des traitements inutiles potentiellement délétères chez des femmes qui auraient guéri spontanément.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en Polynésie française

'Jusqu'à 2026, les tests HPV ne sont pas comptabilisés ni pris en charge dans le dépistage du CCU en Pf.

- En Polynésie française, bien que la couverture ne soit pas supérieure à 50%, l'évolution du dépistage intensifié et gratuit du CCU, qui se fait par incitation et via les campagnes de communication telles que « Juin vert », semble **plutôt à la hausse sur ces dix dernières années**.
- l'âge médian au diagnostic d'un résultat de cytologie positive est de **36 ans**. Il serait intéressant de se focaliser alors sur la **tranche d'âge 35-39 ans, voire la tranche 30-34 ans, afin de sensibiliser au mieux la population concernée**.
- La participation au dépistage diminue progressivement avec l'augmentation de l'âge

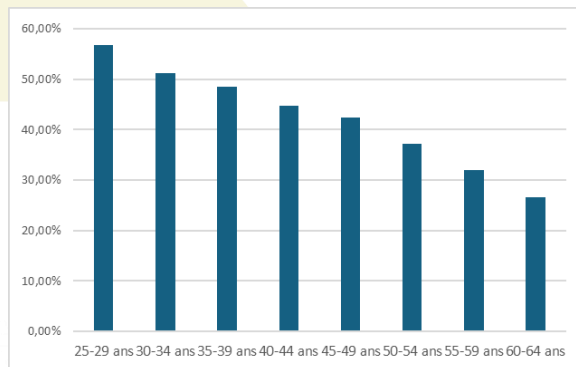
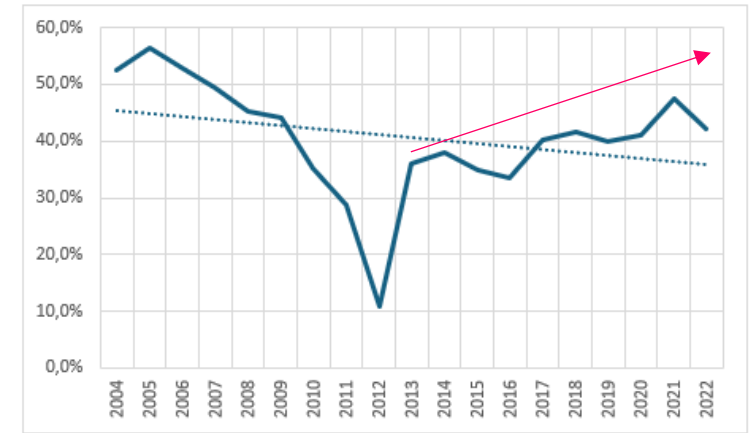
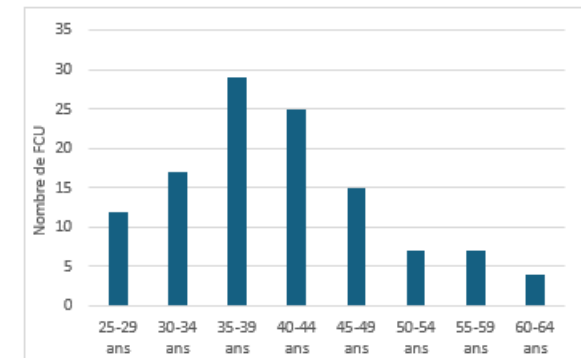


Figure 1. Evolution annuelle du taux de dépistage du cancer du col de l'utérus de 2004 à 2022 en Pf



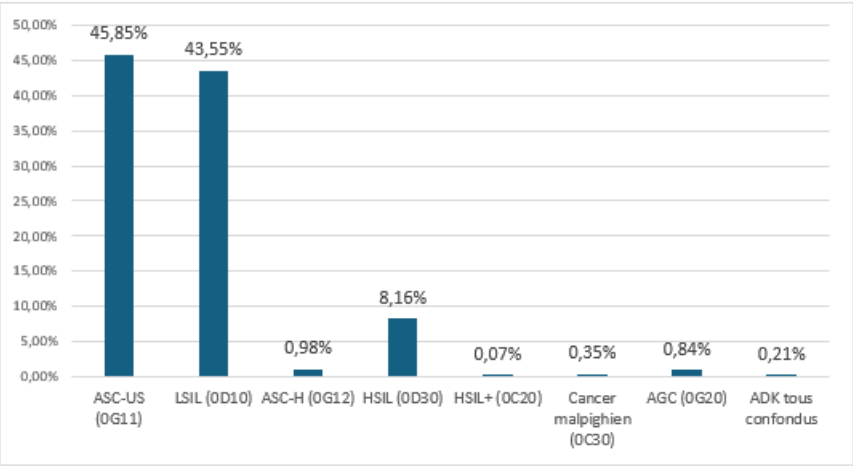
Effectif des résultats positifs en faveur de lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade HSIL (OD30) selon l'âge, 2020-2022



Résultats positifs des FCU

. Effectifs des résultats en fonction du type d'anomalies cytologiques selon l'année en Pf, 2020-2022

Figure 12. Proportion des anomalies cytologiques en fonction du type, 2020-2022

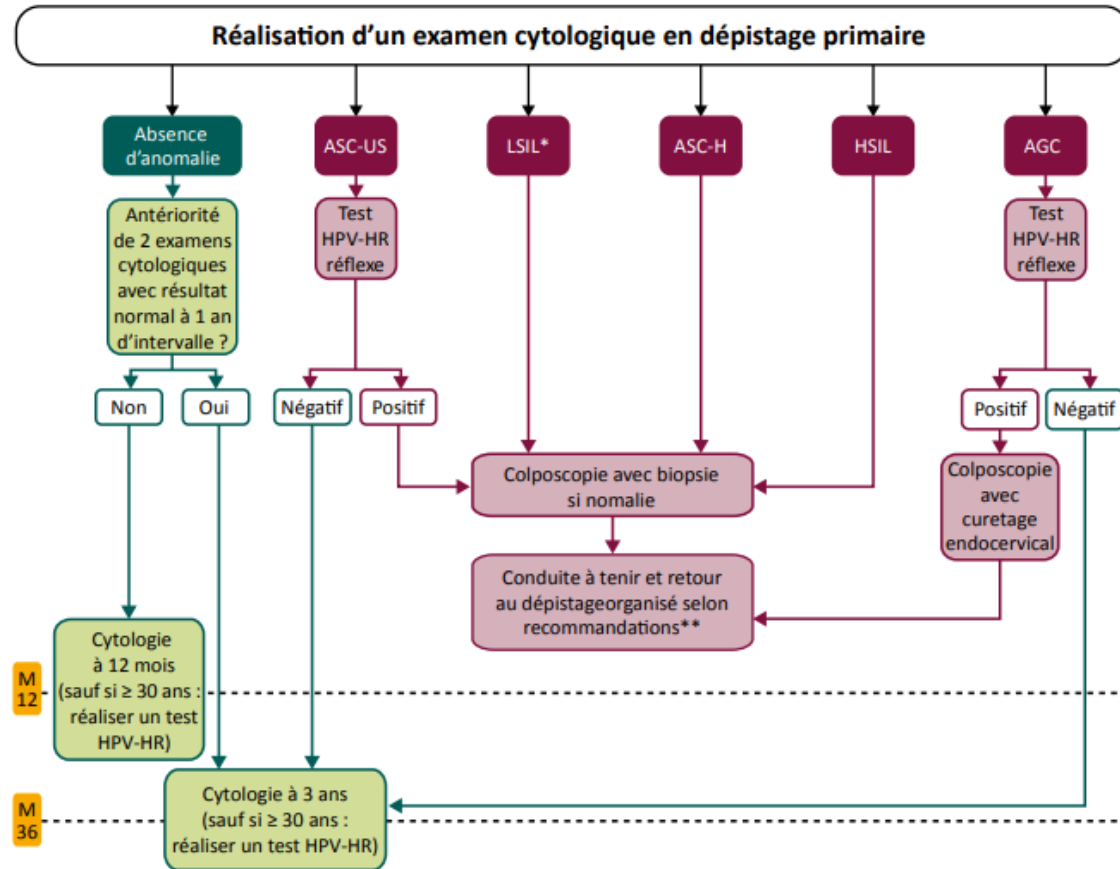


Résultats		2020	2021	2022	Total	Proportion
Négatif		9598	11074	9811	30483	91,99%
Non contributif		289	467	464	1220	3,68%
Anomalies des cellules malpighiennes	ASC-US (0G11)	265	261	131	657	1,98%
	LSIL (0D10)	113	247	264	624	1,88%
	ASC-H (0G12)	0	0	14	14	0,04%
	HSIL (0D30)	46	42	29	117	0,35%
	HSIL + (0C20)	0	0	1	1	0,003%
	Cancer malpighien (0C30)	0	4	1	5	0,02%
Anomalies des cellules glandulaires	AGC (0G20)	5	4	3	12	0,04%
	ADK in situ (0C14)	0	0	1	1	0,003%
	ADK sans précision (0C40)	0	0	1	1	0,003%
	ADK Endométrial (0C40GU)	0	1	0	1	0,003%
Total		10316	12100	10720	33136	100%

un taux de frottis anormaux de 4,3% sur la période 2020-2022

CAT APRES DEPISTAGE

FEMMES DE 25 À 29 ANS



FEMMES DE 30 À 65 ANS

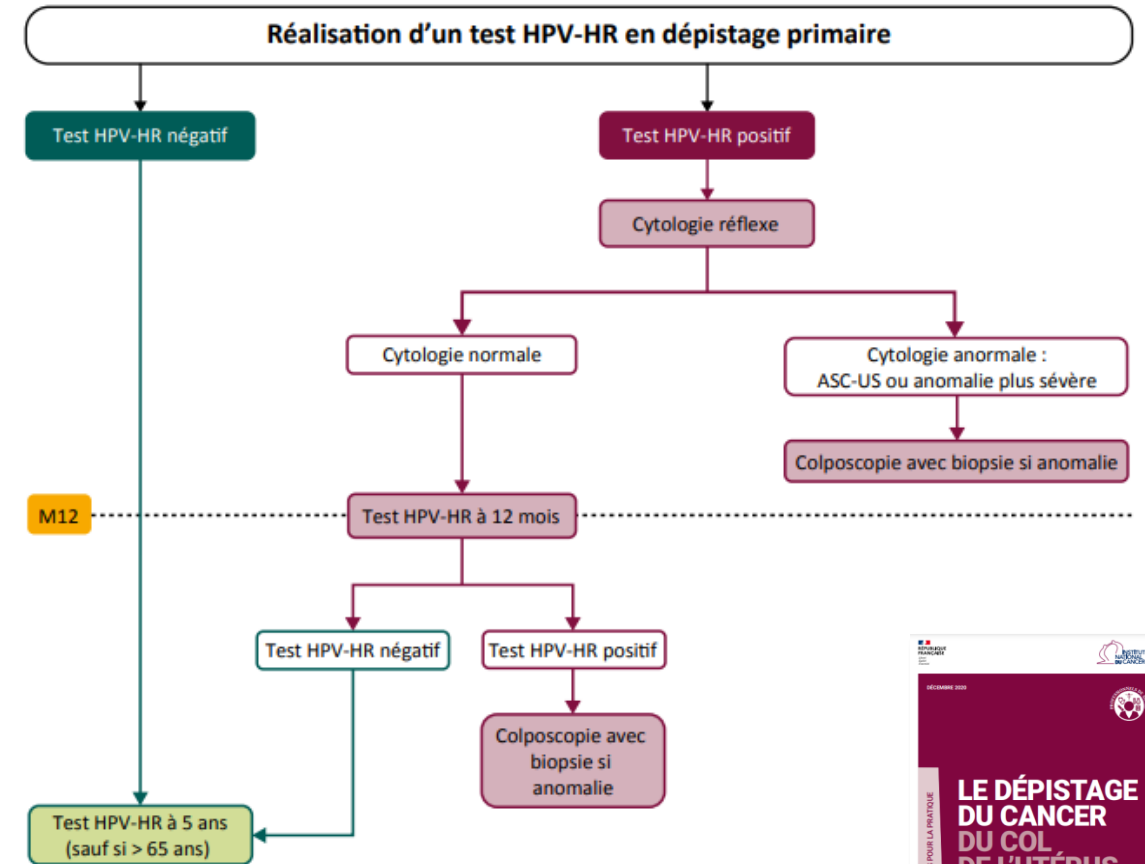


Fig. 23 Algorithmes de dépistage du cancer du col de l'utérus



traitement d'une lésion condylomateuse

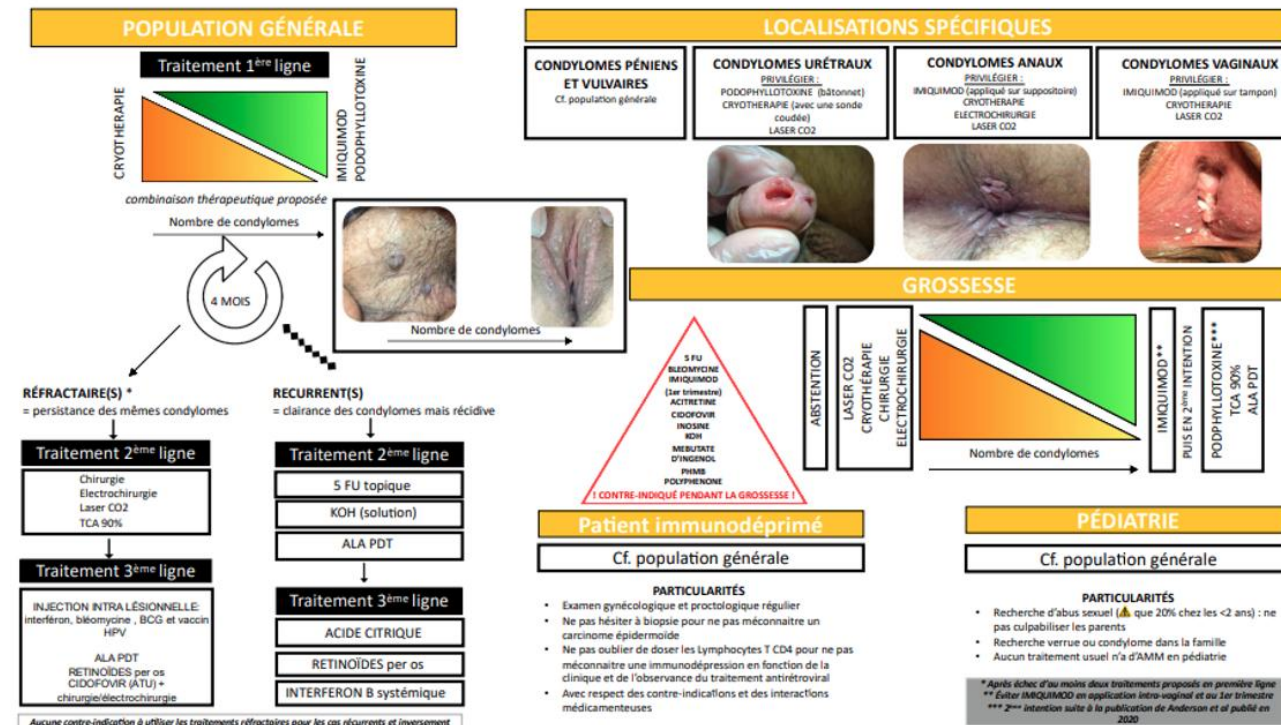
HPV 6 et HPV 11 sont identifiés dans plus de 90% des cas.

Les condylomes ne peuvent pas se transformer en tumeurs malignes mais une co-transmission associée à d'autres HPV oncogènes est possible et peut mimer cliniquement un condylome.

Le principal enjeu de la prise en charge des condylomes est le **taux élevé de récurrence post-traitement** présent dans environ **30 à 60% des cas** selon les études.

La morbidité physique est mineure mais la **morbidité psychologique souvent majeure** avec retentissement sur l'activité sexuelle, crainte de contaminer le partenaire et peur du cancer.

Annexe 1. Algorithme : Quelle est la prise en charge thérapeutique des condylomes ano-génitaux chez l'adulte immunocompétent, chez l'immunodéprimé, et chez la femme enceinte?



Suivi après le traitement d'une lésion intraépithéliale du col utérin



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE COLPOSCOPIE ET DE
PATHOLOGIE CERVICO-VAGINALE

L'INCa a publié de nouvelles recommandations pour le suivi post-thérapeutique des lésions intraépithéliales du col utérin. Schématiquement, le test HPV est désormais le test de suivi recommandé en première intention et doit être réalisé 6 mois après le traitement. Le frottis n'a plus sa place dans le suivi de ces patientes et la colposcopie n'est indiquée que pour les femmes ayant un test HPV positif.

11. INCa. Surveillance post-thérapeutique des lésions intraépithéliales du col de l'utérus [Internet]. [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Surveillance-post-therapeutique-des-lesions-precancereuses-du-col-de-l-uterus>

Suivi après le traitement d'une lésion intra épithéliale de haut grade du col utérin



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE COLPOSCOPIE ET DE
PATHOLOGIE CERVICO-VAGINALE

Un suivi adapté et prolongé des patientes ayant été traitées pour une lésion intraépithéliale de haut grade du col utérin est nécessaire du fait du **risque de récurrence** globalement estimé à près de 15 %

Maximal lors des deux premières années suivant le traitement, il persiste pendant de nombreuses années.

Le risque de développer un cancer du col utérin est 4 à 5 fois plus important que celui de la population générale. On notera que ce risque persiste plus de 10 ans après le traitement initial et probablement tout au long de la vie de la patiente.

- **Si les marges de résection sont statistiquement associées au risque de récurrence, elles ne sont pas en pratiques suffisamment prédictives de ce risque et aucune décision ne peut donc être prise sur ce seul paramètre.** Si l'obtention de marges non saines multiplie par 5 le risque de récurrence, celui-ci reste faible, de l'ordre de 17 % contre 4 % pour des marges saines.
- **Ainsi, en l'absence de micro-invasion, la présence de marges non saines sur l'analyse histologique de la pièce de résection ne doit pas faire indiquer une reprise chirurgicale immédiate**

Prise en charge du cancer du col

- 4ème rang des cancers chez la femme dans le monde
- 12ème rang des cancers chez la femme **en France**
- **7ème** rang des cancers chez la femme **en Polynésie française**
- Moyenne : 16 cas / an **en Polynésie française**

90% des cancers pourraient être évités
=> DEPISTAGE + VACCIN

- Carcinome épidermoïde 80%
- Adénocarcinome 20%



BILAN EXTENSION

- **IRM pelvienne APC** (à partir des pédicules rénaux) : volume tumoral, extension paramètres **Examen de référence** pour la taille et l'extension locorégionale
- **TEP-TDM au 18F-FDG** : à partir du stade IB2
=> **EVASAN** en métropole / NZ
- **TDM TAP**
- **+/_ Rectoscopie ou cystoscopie** (envahissement)
- **NFS, bilan hépatique et rénal, marqueur SCC (épidermoïdes)**



10 patientes en 2024
6 patientes en 2025

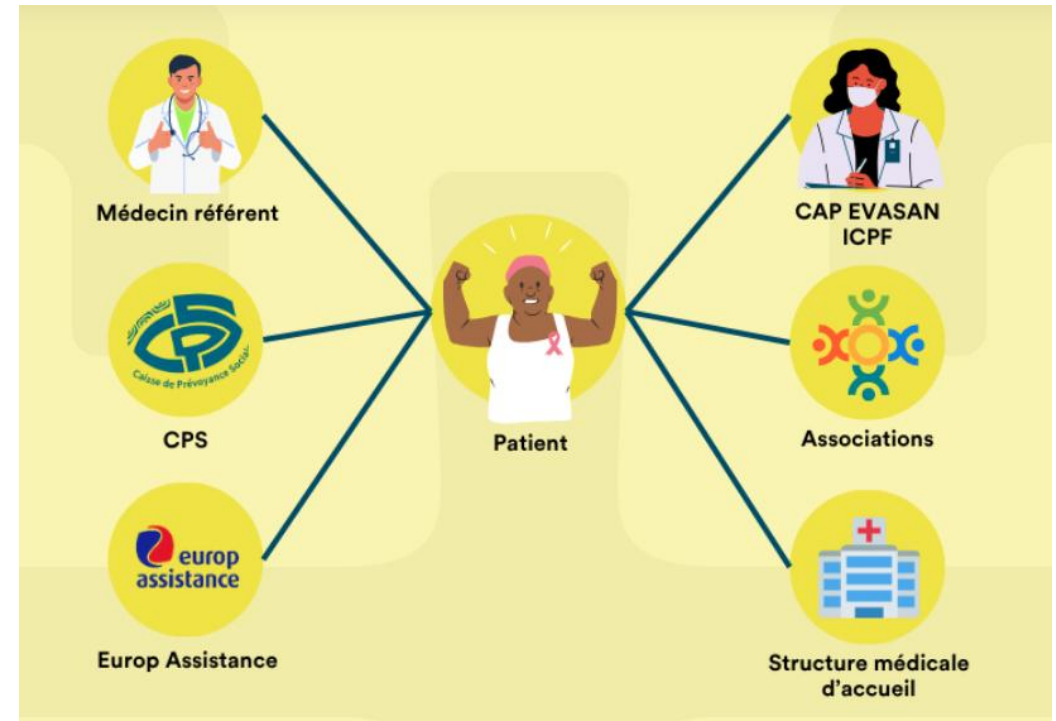


En 2024 :

- 10 pour TEP scan
- 10 pour curiethérapie
- 1 pour radiothérapie + curie

15 EVASAN de patients atteints de cancer du col de l'utérus
dont :

- 1 pour radiothérapie + chimio + curie



CLASSIFICATION FIGO 2018

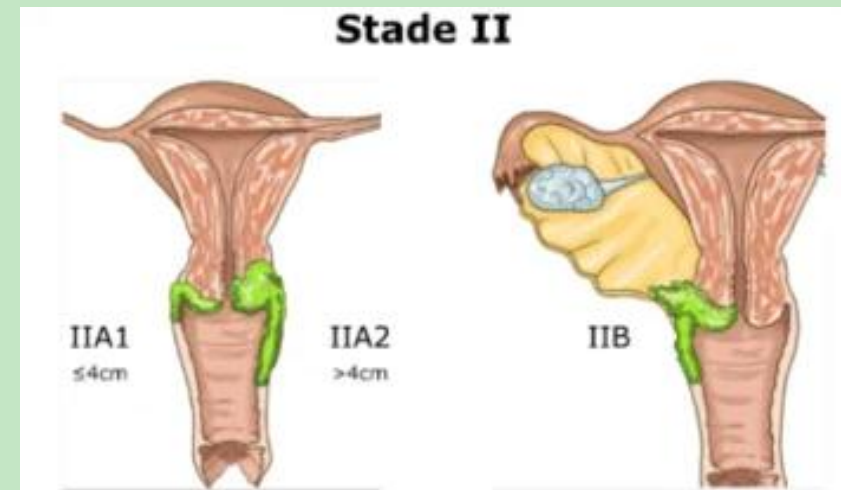
FIGO 2018

• **Stade I : Carcinome limité au col (les extensions au corps utérin sont ignorées)**

- **Stade IA** : Carcinome invasif préclinique, diagnostic microscopique, profondeur d'invasion maximale <5mm
- **Stade IA1** : Invasion stromale mesurée <3 mm en profondeur
- **Stade IA2** : Invasion stromale mesurée ≥3 mm et < 5 mm en profondeur
- **Stade IB** : Carcinome invasif limité au col utérin dont l'invasion maximale en profondeur est ≥ 5 mm (supérieure au stade IA)
- **Stade IB1** : carcinome invasif avec invasion stromale ≥ 5 mm et < 2 cm de plus grande dimension.
- **Stade IB2** : carcinome invasif ≥ 2 et < 4 cm de plus grande dimension
- **Stade IB3** : carcinome invasif ≥ 4 cm de plus grande dimension

• **Stade II : Lésion étendue au-delà de l'utérus mais sans atteindre le tiers inférieur du vagin ni la paroi pelvienne**

- **Stade IIA** : Extension limitée aux 2/3 supérieurs du vagin sans atteinte paramétriale
- **Stade IIA1** : carcinome invasif < 4 cm de plus grande dimension
- **Stade IIA2** : carcinome invasif ≥ 4 cm de plus grande dimension
- **Stade IIB** : Extension paramétriale sans atteindre la paroi pelvienne



CLASSIFICATION FIGO 2018

• **Stade III** : Lésion infiltrant le tiers inférieur du vagin, et/ou étendue à la paroi pelvienne, et/ou responsable d'une hydronéphrose ou rein muet, et /ou présence d'adénopathies pelviennes et /ou lombo-aortiques

- **Stade IIIA** : Atteinte du tiers inférieur du vagin sans extension à la paroi pelvienne

- **Stade IIIB** : Atteinte de la paroi pelvienne fixée ou non, ou hydronéphrose, ou rein muet.

- **Stade IIIC** : Atteinte ganglionnaire pelvienne et /ou lombo-aortique, quelle que soit la taille de la tumeur et son extension locale.

- Stade IIIC1 adénopathie pelviennes exclusives

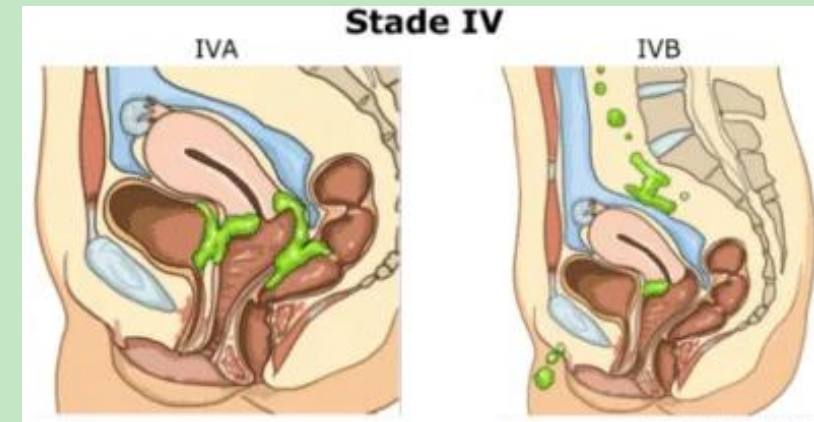
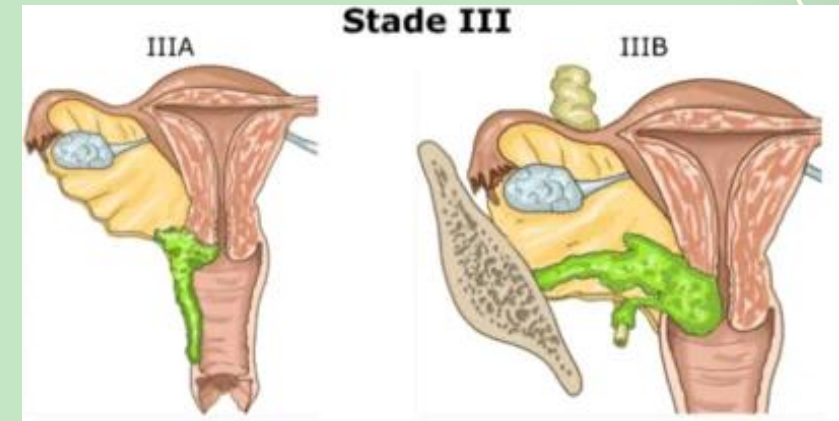
- Stade IIIC2 : présence d'adénopathies lomboartiques

Préciser le mode de diagnostic r ou p (r = radiologique, p=analyse pathologique)

• **Stade IV** : Extension à d'autres organes ou extension au-delà du petit bassin

- **Stade IVA** : Invasion de la muqueuse de la vessie ou du rectum prouvée par biopsie

- **Stade IVB** : Métastase à distance



STADE TUMORAL AU DIAGNOSTIC

	2021	2022
Stade I	11,80%	28,60%
Stade II	17,60%	21,40%
Stade III	29,40%	21,40%
Stade IV	35,30%	28,60%

Les données disponibles pour 2021 mettent en évidence une situation préoccupante :

seulement 11,8 % diagnostiqués au stade I et près de deux tiers (64,7 %) diagnostiqués aux stades III et IV (formes localement avancées ou métastatiques).

Cette répartition entraîne souvent des traitements lourds : chimiothérapie (70,6 %), radiothérapie (64,7 %), curiethérapie (35,3 %) et chirurgie possible chez seulement 11,8 % des patientes.

Ces résultats montrent l'importance de renforcer le dépistage gratuit et régulier, l'accès aux soins gynécologiques et la sensibilisation des femmes, notamment dans les archipels éloignés.

SITUATION PREOCCUPANTE



PRISE EN CHARGE

- Chirurgie Stades précoces < 4 cm
< 8 semaines entre diagnostic et chirurgie

Conisation
Trachélectomie
Exploration ganglionnaire
Hystérectomie



- RADIO-CHIMIOThERAPIE
stades localement avancés
A débiter < 6 semaines du diagnostique



- Curiethérapie Guidée par l'imagerie
après radio-chimiothérapie (7 à 10 jours après fin de
la radiothérapie).



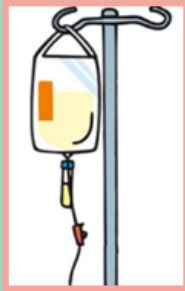
PRISE EN CHARGE

RCP x 1 / semaine au CHPF

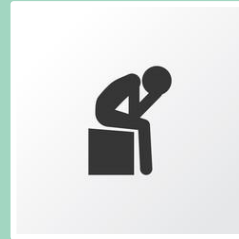
Multidisciplinaire : oncologues, radiothérapeutes, radiologues, chirurgiens....

RCP de recours (RCP Pacifique)

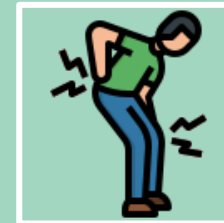
Thérapeutique



psychologique



PEC Nutritionnelle



MULTIDISCIPLINAIRE



Soins palliatifs



**Onco gériatrie,
G8**

PLAN PERSONNALISE DE SOINS

Prise en charge

Précoce < 4cm N- M-

- 91% survie à 5 ans
- Chirurgie / Curie (RCT)

Localement avancé
> 4cm ou N+

- 58% survie à 5 ans
- RCT +/- immunothérapie, Curie

Métastatique
Récidive

- 17% survie à 5 ans
- CT, +/- Thérapie ciblée, +/- ImmunoT, chirurgie de rattrapage, **RT-CT** (oligométastase)

90% des cancers pourraient être évités
Préservation fertilité stade précoce
IRM pelvienne +++
Chirurgie, radio-chimiothérapie, curiethérapie
Désescalade chirurgicale (conisation, HTT simple)

CONCLUSION

- 90% des cancers pourraient être évités
- Préservation fertilité stade précoce
- IRM pelvienne +++
- Chirurgie, radio-chimiothérapie, curiethérapie
- Désescalade chirurgicale (conisation, HTT simple)



Cas clinique /Mme M. 34 ans, 1 enfant

ATCD médic chir =0 méno métrorragies et douleurs pelviennes depuis 2017

Pas de suivi gynéco après l accouchement

Juin 2018 découverte par son gynéco d'une tumeur col utérin de 4cm avec atteinte des 2 paramètres

Biopsie 24/04/18 : carcinome épidermoïde bien différencié infiltrant, P16+

✓ **Bilan:**

- IRM 01/06/18: lésion tumorale **de 57x66x62mm**, atteinte des **2 paramètres** et culs de sacs vaginaux, **le 2/3 supérieur du vagin**, la **paroi post de la vessie**, le **1/3 proximal de l urètre** avec ADP **iliaques** externes G-D, iliaque primitives G-D et **latéro aortique D, FIGO IVA**
- TDM TAP 30/05/18: *Lésion tumorale de **65x60x60mm** cervico-utérin, ADP iliaque ext D-G, iliaques primitives G-D et latéro-aortiques G-D ***pas de lésion secondaire à distance**
- PET scanner: non effectué

Cas clinique : traitement

Radiothérapie externe du 25/06 au 30/07/2018: **25 séances 1 séance/jour 5 jours par semaine**

Chimiothérapie de potentialisation:
Cisplatine 40mg/m² 1 fois / semaine (5cures)

Curiethérapie PDR IGR 11/08 au 13/08/2018:
(3 jours en hospitalisation)

Va bien à ce jour

Au Fenua

Traitements disponibles:

- Chirurgie pour les stades localisés
- Radio-chimiothérapie +/- immunothérapie pour les stades localement avancés
- Chimiothérapie +/- immunothérapie +/- thérapie ciblée pour les stades métastatiques

La curiethérapie non disponible: les démarches pour la réalisation en Polynésie française sont en cours

Imageries:

- IRM, TDM TAP accessibles
- **Absence de PET scanner au FDG**

cas clinique: évaluation à 2 mois

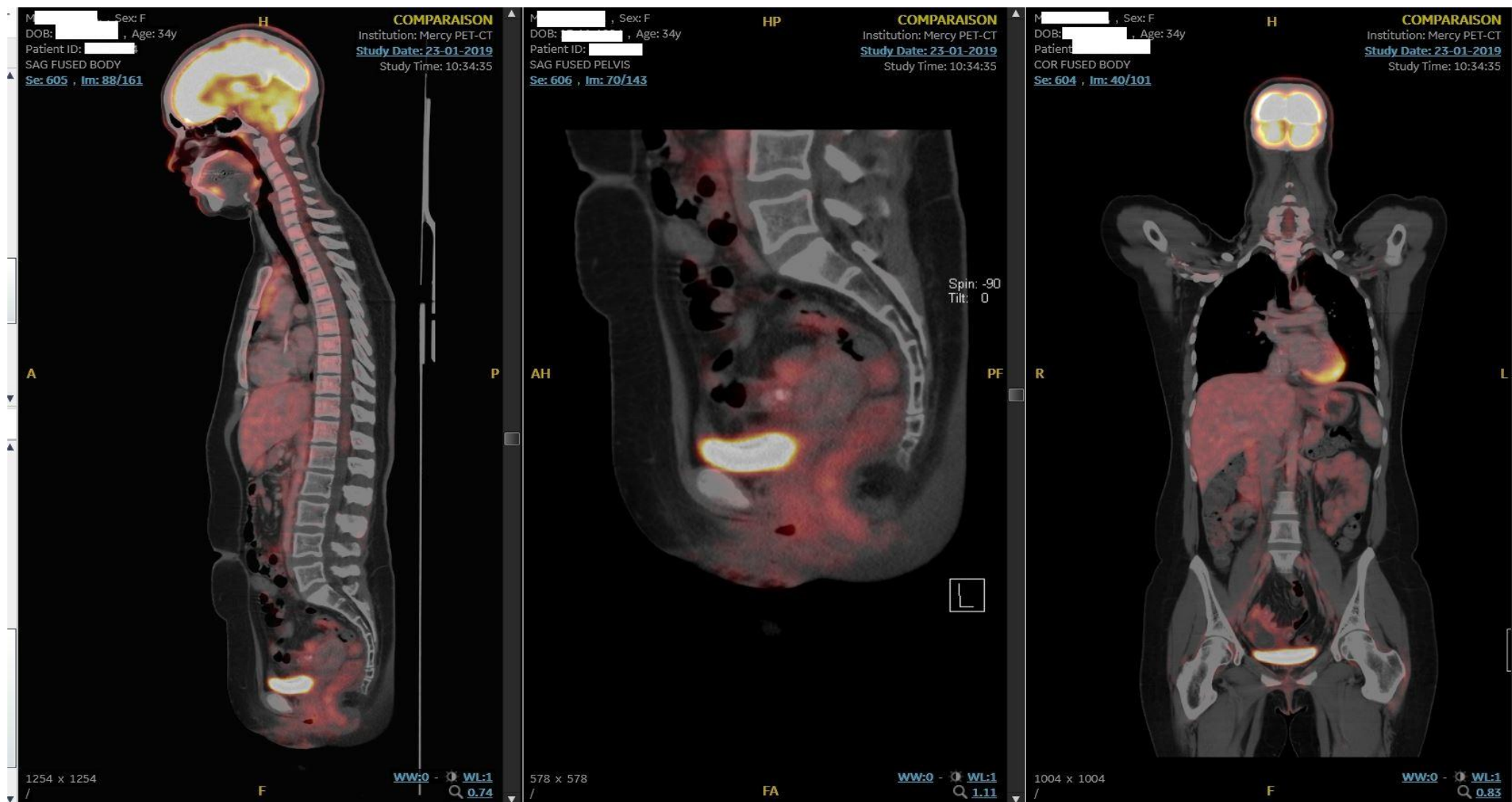
06/2018



10/2018



PET scanner en janv 2019 à 5 mois de la fin de la RT-CT et curiethérapie



cas clinique : évaluation à 8 ans de la fin de la RT-CT curiethérapie

06/2018



10/2018



03/2026



MAURUURU



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



Pirae PK 2 c/mont, quartier Hamuta, servitude Hitiura - Entrée C – 1^{er} étage du Centre de la mère et de l'Enfant
BP 9040 – 98716 Pirae, Tahiti, Polynésie Française
Tel: 40 47 35 15 - contact@icpf.pf

Site web : www.icpf.pf



@icpf.polynesie | @ICPFPolynesie