Le frottis cervico-vaginal au cours du suivi obstétrical : démarche d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Mélanie Pisaneschi

▶ **To cite this version:**

Mélanie Pisaneschi. Le frottis cervico-vaginal au cours du suivi obstétrical : démarche d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01888424

HAL Id: hal-01888424
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01888424

Submitted on 5 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Le frottis cervico-vaginal au cours du suivi obstétrical

Démarche d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

PISANESCHI Mélanie

Promotion 2009

Directrice de mémoire : Mme M.T. BELGY

Expert : Dr T. ROUTIOT

SOMMAIRE

Sommaire **3**

Introduction **6**

Partie 1 ..... **7**

1. Anatomie **8**

2. Histologie **9**

2.1. Histologie du col normal. 9
2.1.1. Portion exocervicale: 9
2.1.2. Portion endocervicale : 9
2.1.3. La zone de jonction : 10
2.2. Histologie du col au cours de la grossesse. 11

3. Le frottis cervico-vaginal **12**

3.1. Frottis conventionnel (ou de Papanicolaou). 12
3.2. Frottis en milieu liquide. 12
3.3. Conditions optimales pour la réalisation d'un frottis cervico-vaginal. 13
3.4. Frottis conventionnel de Papanicolaou ou frottis en milieu liquide ? 13
3.5. Le frottis pendant la grossesse. 14

4. Le papillomavirus humain (HPV) **15**

4.1. Généralités 15
4.2. HPV et cancer du col de l'utérus 16
4.3. HPV et grossesse 17

5. Dysplasies du col de l'utérus **18**

5.1. Le classement des dysplasies 18
5.2. L'apport du dépistage cytologique 19
5.2.1. Classification cytologique : 19
5.2.2. Conduite à tenir face à ces anomalies 20
5.2.3. Chez la femme enceinte 21
5.3. Evolution des lésions 21
5.3.1. En général 21
5.3.2. Pour la femme enceinte 22

6. Cancer du col de l'utérus **23**

6.1. Facteurs de risques 23
6.2. Histopathologie 23
6.2.1. Carcinomes épidermoïdes 24
6.2.2. Adénocarcinomes 24
6.3. Evolution naturelle 24
6.4. Le diagnostic 24

7. Les traitements **25**

7.1. En général 25
7.1.1. Les lésions intra-épithéliales de bas grade 25
7.1.2. Les lésions intra-épithéliales de haut grade 25
7.1.3. Le cancer invasif 25
7.2. Pendant la grossesse 26
7.2.1. Les lésions intra-épithéliales de bas ou de haut grade 26
7.2.2. Le cancer invasif 26

Partie 2 : Vers une amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la MRAP 28

1. Méthodologie d'action 29

1.1. Le premier point 29
1.2. Le deuxième point 29
1.3. Le troisième point 30
1.4. Le quatrième point 30

2. L'Etat des lieux 31

2.1. Les objectifs de l'état des lieux 31
2.2. L'enquête 31
2.2.1. Caractéristiques de l'étude 31
2.2.2. Population étudiée 31
2.2.3. Accès aux dossiers médicaux 32
2.2.4. Description des données collectées 32
2.2.5. Traitement des données 32
2.2.6. Les résultats 33
2.2.7. Conclusion 35
2.3. Les entretiens 36
2.3.1. La mise en place des entretiens 36
2.3.2. Caractéristiques des entretiens 36
2.3.3. Description des données collectées 36
2.3.4. Les résultats 36
2.3.5. Conclusion 38
2.4. Conclusion de l'état des lieux 40

3. Stratégies d'amélioration du dépistage du cancer du col par les sages-femmes a la MRAP 41

3.1. La fiche de recueil d'information 41
3.1.1. Caractéristiques de la fiche 41
3.1.2. Population concernée 41
3.1.3. Objectifs de la fiche de recueil 42
3.1.4. Description des données collectées 42
3.2. La matinée de formation 43
3.2.1. Objectifs de l'intervention 43
3.2.2. Caractéristiques de l'intervention 43
3.2.3. Description de l'intervention 44

4. Evaluation des actions 45

4.1. La fiche d'évaluation de l'intervention 45
4.1.1. Caractéristiques de la fiche d'évaluation 45
4.1.2. Description des données collectées 45
4.1.3. Les résultats 46
4.1.4. Conclusion 47
4.2. La fiche de recueil d'information 48
4.2.1. Caractéristiques de l'étude 48
4.2.2. Population étudiée 48
4.2.3. Description des données collectées 48
4.2.4. Modalité de recueil et d'informatisation des données 49
4.2.5. Limites de l'étude 49
4.2.6. Résultats de l'étude 50
4.2.7. Conclusion 54
4.3. Conclusion de l'évaluation des actions 57

5. Propositions d'amélioration / avenir 59

Conclusion **61**
Abréviations **62**
Bibliographie **63**
TABLE DES MATIERES **66**
Annexes ..... **I**

Introduction

Le cancer du col de l'utérus est classé au 8ème rang des cancers féminins (en 2000, près de 3 400 femmes ont développé un cancer du col de l'utérus) et au 5ème rang en ce qui concerne les décès féminins, soit environ 1000 décès par an. (1)

En 2004, le nombre de frottis anormaux a été estimé à 222 350, dont 20 à 30 000 correspondent à des lésions précancéreuses (CIN 2/3). Cependant l'évolution de ces lésions vers le cancer n'est pas systématique.

Le facteur de risque majeur de développement de lésions cervicales est l'infection à papillomavirus humain (HPV) transmise par voie sexuelle (CIRC et OMS). Il existe plus de 200 types d'HPV différents, responsables d'infections génitales. Ces virus sont classés en HPV à faibles ou hauts risques. Ils sont responsables de l'apparition de lésions précancéreuses et de cancers invasifs. (2)(3)

Le moyen de dépistage des dysplasies cervicales est la réalisation d'un frottis cervico-vaginal. L'ANAES recommande qu'un frottis cervico-vaginal soit réalisé au moins tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis annuels consécutifs sans anomalie. (4)

Par ailleurs, les femmes venant consulter pour leur grossesse n'ont pas toutes de suivi gynécologique régulier. En 2000, dans la population générale, 40% des femmes n'avaient pas réalisé de frottis dans les deux ans et 34% dans les six ans. (5) On pourrait donc penser que la grossesse est un moment propice au dépistage de la population. D'autant plus que de nos jours, en France, la moyenne d'âge pour une première grossesse est de 29 ans (INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economique). Ceci place une grande partie des femmes enceintes dans une tranche d'âge à risque élevé de dysplasie cervicale (30-45ans). (6)

Nous allons, dans une première partie, faire quelques rappels théoriques sur l'anatomie et l'histologie du col de l'utérus, la réalisation d'un frottis cervico-vaginal, l'infection par le virus HPV et les dysplasies cervicales. Nous parlerons aussi brièvement du cancer du col de l'utérus et des différents traitements possibles.

Dans une seconde partie nous réaliserons un état des lieux de la situation du dépistage du cancer du col pendant la grossesse par la sage-femme à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy afin de mettre en avant les difficultés présentes. Nous présenterons par la suite la stratégie d'amélioration mise en place afin de corriger les différents problèmes découverts lors de l'état des lieux ainsi que son évaluation.

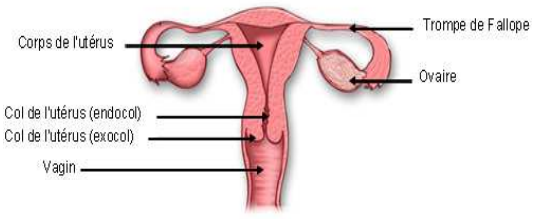
Partie 1

1. ANATOMIE

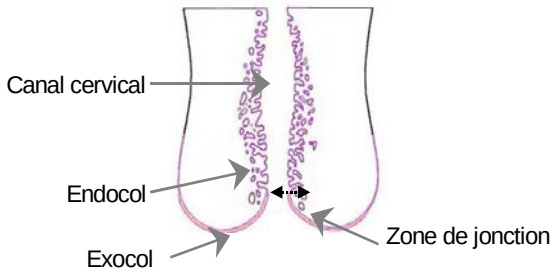
Le col constitue la partie inférieure de l'utérus, située sous l'isthme de l'utérus. Il a une forme cylindrique de 2,5cm de diamètre pour une longueur de 3 à 4cm. Il est percé dans sa partie vaginale par un orifice, l'orifice externe du col. Cet orifice se prolonge pour former le canal cervical qui abouti à un second orifice au niveau de l'isthme utérin, l'orifice interne du col. Le canal cervical qui traverse le col, met en relation la cavité utérine et le vagin.

La portion du col s'étendant à l'extérieur de l'orifice externe est appelée exocol et la portion du col située au dessus de l'orifice externe est appelée endocol.

Le stroma cervical est constitué d'un tissu fibromusculaire dense traversé par les réseaux vasculaires, lymphatiques et nerveux du col. Le réseau artériel du col est constitué par les branches cervicales et vaginales des artères utérines dérivées des artères iliaques internes. Les veines du col cheminent parallèlement aux artères pour se jeter dans le plexus veineux hypogastrique. Les vaisseaux lymphatiques du col se jettent dans les ganglions iliaques externes et internes, les ganglions obturateurs et paramétriaux. Le réseau nerveux du col est issu du plexus hypogastrique. L'endocol possède des terminaisons nerveuses sensitives étendues. En revanche, celles-ci sont peu nombreuses au niveau de l'exocol.



Daprès : http://www.gsk.fr/gsk/votresante/cancercoluterus/comprendre.html

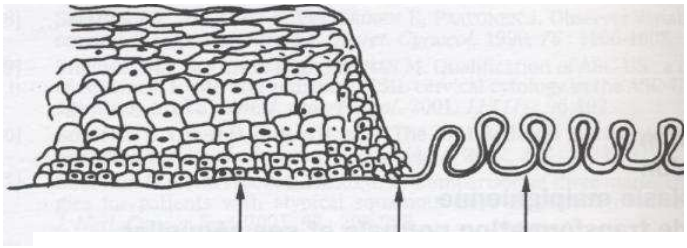


Daprès : Histopathologie du col utérin - Atlas numérique Frappart L., Fontanière B., Lucas E., Sankaranarayanan R.

2. HISTOLOGIE

2.1. Histologie du col normal.

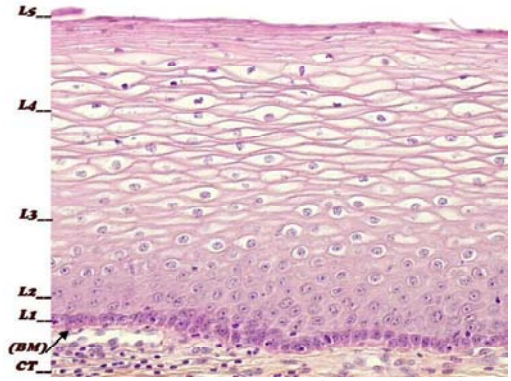
Le col de l'utérus, composé de ses deux portions, exocol et endocol, comporte également deux épithéliums bien distincts séparés par une zone de jonction.



Exocol Zone de jonction Endocol

2.1.1. Portion exocervicale:

Dans sa portion vaginale, le col de l'utérus est tapissé d'un épithélium Malpighien, pavimenteux, stratifié et non kératinisé. Il comprend cinq couches de cellules et est séparé du chorion par une membrane basale. Le renouvellement de l'épithélium est assuré par la multiplication de cellules situées en profondeur qui gagnent la surface. Les cellules de l'épithélium suivent ainsi un processus de maturation et se chargent en glycogène avant de s'éliminer par desquamation.



D'après : Histopathologie du col utérin - atlas numérique Frappart L., Fontanière B., Lucas E., Sankaranarayanan

***CT**=tissu conjonctif,*

***BM**=membrane basale,*

***L1**=cellules basales,*

***L2**=cellules parabasales,*

***L3**=cellules intermédiaires,*

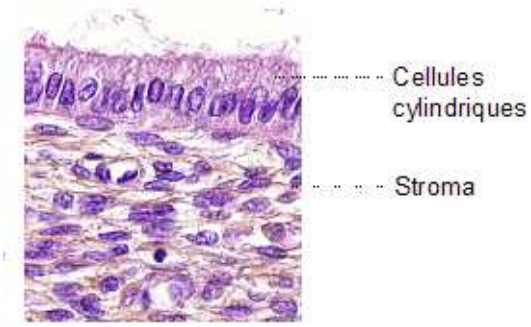
***L4**=cellules superficielles*

***L5**=cellules desquamant.*

2.1.2. Portion endocervicale :

Le col est ici recouvert d'un épithélium cylindrique réparti en une unique couche cellulaire. Celle-ci présente des reliefs positifs, ou papilles, et des reliefs négatifs formant des invaginations dans le chorion, ou cryptes glandulaires. Cet épithélium est

composé de deux types de cellules avec en majorité des cellules ciliaires, le deuxième type étant les cellules secrétantes à mucus.



D'après : D'après : Histopathologie du col utérin - atlas numérique
Frappart L., Fontanière B., Lucas E., Sankaranarayanan R.

2.1.3. La zone de jonction :

La zone de jonction sépare ces deux épithéliums, elle est constituée d'un épithélium pavimento-cylindrique. En fait, sa position réelle varie au cours de la vie génitale, sous l'influence des œstrogènes. Elle se situe habituellement à moins de cinq centimètres de l'orifice du col mais elle pourra être positionnée sur l'exocol (ectopie) à chaque fois qu'il y aura une sécrétion importante d'œstrogènes (naissance, puberté, grossesse) ou un apport exogène (contraception). Elle forme alors un ectropion. Inversement la zone de jonction peut être ascensionnée dans l'endocol en cas de carence hormonale, notamment après la ménopause.

Remarque : Lorsque l'ectopie est constituée, l'épithélium cylindrique endocervical se trouve directement au contact du milieu vaginal (pH différent, agressions mécaniques…). La "réparation" se fait à partir de la zone de jonction, par une intense prolifération et différentiation des cellules basales jonctionnelles qui sont à l'origine du processus de métaplasie malpighienne.

2.2. Histologie du col au cours de la grossesse.

Lors de la grossesse, les épithéliums tapissant le col de l'utérus subissent plusieurs modifications cytologiques et histologiques.

Du point de vue cytologique, un des éléments caractéristiques de l'état gravide est la présence de cellules dites naviculaires, qui sont des cellules de la couche intermédiaire à bords plicaturés et à cytoplasme clair et riche en glycogène.

On observe une augmentation du volume du col lors de la grossesse qui est associée histologiquement à une hyperplasie cellulaire. Cette hyperplasie concerne particulièrement les couches basales et parabasales où on retrouve une hyperactivité. Celle-ci concerne aussi bien l'épithélium Malpighien que cylindrique. Elle atteint un sommet à 28 semaines pour régresser au premier mois du post-partum. [(10)] Les glandes endocervicales présentent, elles aussi, des modifications hyperplasiques et sécrétoires.

De plus, on retrouve au niveau tissulaire, un contexte inflammatoire important.

La grossesse va également entrainer une extériorisation de la zone de jonction, ainsi qu'une hypervascularisation du col.

Toutes ces réactions sont typiques de l'imprégnation hormonale, plus particulièrement de l'action de la progestérone, et caractérisent donc l'état gravide.

3. LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL

Le frottis cervico-vaginal (FCV) est une technique de dépistage des anomalies cellulaires au niveau du col de l'utérus, recommandée pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. [(4)] Grâce à ce dépistage, une prise en charge rapide et précoce peut être débutée permettant l'augmentation de chance d'une guérison complète de la maladie. Ce procédé est peu coûteux, simple et acceptable, indolore et reproductible, non invasif et sans contre-indications. C'est une cytologie se basant sur une technique d'abrasion afin d'analyser les cellules que l'on aura détachées de l'épithélium grâce à un outil adapté. La réalisation du FCV a évolué ces dernières années, ainsi la technique conventionnelle, dite de Papanicolaou, fait progressivement une place à une nouvelle technique appelée cytologie en milieu liquide.

3.1. Frottis conventionnel (ou de Papanicolaou).

Cette technique est réalisée lors d'un examen sous spéculum après avoir débarrassé le col de ses secrétions. L'outil adapté à cette technique est appelé spatule d'Ayre celui-ci peut être associé à une brosse (Cytobrush®). La forme particulière de la spatule d'Ayre permet de recueillir par raclage des éléments de la partie endovaginale de l'exocol et du cul de sac vaginal postérieur, de la zone de jonction et de l'endocol si l'orifice cervical externe est perméable. Si l'orifice cervical externe est étroit ou fermé, on pourra avoir recours à une brosse endocervicale "Cytobrush®".

Un étalement sur plusieurs lames sera immédiatement réalisé, le tout sera fixé et coloré avec la coloration de Papanicolaou. L'étalement doit être régulier, linéaire et continu. Il faut réaliser une couche mince de cellules sans les écraser.

3.2. Frottis en milieu liquide.

Le frottis en milieu liquide est aussi appelé cytologie en couche mince ou en monocouche. La technique de réalisation diffère peu du frottis conventionnel. La spatule de Ayre est ici remplacée par une brosse qui sera introduite dans l'orifice cervical afin de collecter, dans un geste de rotation, des cellules de l'endocol, de la zone de jonction et de l'exocol. L'extrémité de cette brosse sera ensuite plongée dans une solution de conservation, de dispersion et de transport des cellules jusqu'au laboratoire

de cytopathologie. La répartition sur lame des cellules qui proviennent de ce prélèvement est régulière, proche de l'étalement monocellulaire et évite donc les images de superposition.

3.3. Conditions optimales pour la réalisation d'un frottis cervico-vaginal.

En 2002, l'ANAES émet des recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle recommande le dépistage systématique des femmes asymptomatiques, sexuellement actives ou ayant été sexuellement actives, âgées de 25 à 65 ans par un frottis tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

Quelle que soit la technique, conventionnelle ou en milieu liquide, le frottis doit être bien réalisé pour que l'échantillon prélevé soit valable. Afin d'obtenir des résultats de qualité, la réalisation des frottis du col de l'utérus implique le respect d'un certain nombre de recommandations selon l'ANAES [(4)] :

- Le frottis devrait être effectué à distance des rapports sexuels (48 heures), en dehors des périodes menstruelles, de toute thérapeutique locale ou d'infection et si nécessaire après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée ;
- Il faut éviter de faire un toucher vaginal avant le frottis ou d'utiliser un lubrifiant
- Avant de faire le frottis, le col doit être correctement exposé à l'aide d'un spéculum ;
- Le prélèvement doit concerner la totalité de l'orifice cervical externe et l'endocol.
- Il est important d'expliquer à la patiente le but de l'examen, la technique et de la rassurer ;

3.4. Frottis conventionnel de Papanicolaou ou frottis en milieu liquide ?

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer laquelle de ces deux techniques était la plus performante. [(7)(8)] Les résultats de ces études restent controversés et il n'y a pas dans la littérature actuellement disponible de preuves suffisantes pour privilégier le frottis en milieu liquide en termes de sensibilité et surtout de spécificité. [(9)] La qualité du prélèvement reste essentielle pour ces 2 méthodes. L'ANAES précise tout

de même que le frottis en milieu liquide réduit significativement le nombre de frottis non interprétables. De plus le frottis en milieu liquide permet l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques telles que la réalisation d'un test HPV.

Par ailleurs le frottis en milieu liquide est plus coûteux que le frottis conventionnel et les aspects coût/efficacité sont inconnus. Ils doivent être considérés et nécessitent des études complémentaires.

3.5. Le frottis pendant la grossesse.

L'éversion de l'endocol durant la grossesse, associée à la croissance de la muqueuse endocervicale va plutôt favoriser les prélèvements cytologiques. Mais l'exposition de la muqueuse glandulaire à des traumatismes ou à une inflammation provoque une augmentation des mécanismes de réparation. L'exposition des cellules cylindriques au pH vaginal acide conduit à une métaplasie squameuse qui peut être interprétée comme une dysplasie.

D'autre part, l'hypervascularisation du col de l'utérus au cours de la grossesse favorise des phénomènes hémorragiques lors des prélèvements. Ceux-ci sont rapidement jugulés par le tamponnement.

De plus les modifications sécrétoires et hyperplasiques des glandes endocervicales peuvent augmenter la présence de cellules atypiques de signification indéterminée. La présence de cellules trophoblastiques peut également être à l'origine d'ambiguïtés dans l'interprétation du frottis.

Dans tous les cas, un cytologiste averti de l'état de grossesse de la patiente ne sera pas gêné dans son interprétation du frottis. Il est donc impératif de préciser l'état gravide de la patiente sur le bon de demande d'examen.

En ce qui concerne l'efficacité du frottis pendant la grossesse, les données de la littérature permettent d'affirmer que la valeur de la cytologie pendant la grossesse ou le post-partum est comparable à la valeur de la cytologie en dehors de ce contexte. [(10)] Le frottis présente la même sensibilité (20,5 %) ou spécificité (24 %) qu'avec une population non enceinte. [(11)] Le taux de faux négatifs ne semble pas être modifié par l'état gravide. En revanche, le taux de faux positifs, bien que rare, semble légèrement augmenté pendant la grossesse du fait de l'hyperplasie des couches basales. La concordance entre la cytologie seule et le résultat histologique final est de 58% à 86%. [(12)]

4. LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)

4.1. Généralités

Le Papillomavirus est un petit virus de la famille des *Papovaridiae*. C'est un virion non enveloppé, icosaédrique, de 55 nm de diamètre. Il possède un ADN bicaténaire, circulaire et fermé. Il existe plus de 200 types d'HPV différents et on en découvre encore chaque jour. [13] L'HPV va atteindre la peau et les muqueuses, mais il aura un tropisme tissulaire variable selon le type d'HPV en cause. Par exemple les HPV 6 et 11 sont retrouvés dans plus de 90% des verrues génitales, l'HPV 1, quant à lui est responsable des verrues dites vulgaires. [14]

Après avoir pénétré dans la cellule, l'ADN de l'HPV s'insère dans le noyau et l'ADN cellulaire au voisinage de gènes proto-oncogènes ou anti-oncogènes, dont l'action régulatrice sur la reproduction cellulaire se trouve perturbée. Ce qui pourra entrainer par la suite des phénomènes dysplasiques aboutissants à une cancérisation.

On classe les différents types d'HPV en deux catégories en fonction de leur rôle dans la cancérisation : les HPV dits « à bas risques », non oncogènes (ex : 6-11-40-42-43-44-54…) et les HPV dits « à hauts risques », oncogènes (ex : 16-8-31-35-39-45…)

L'infection à Papillomavirus est répandue dans le monde entier, c'est le virus sexuellement transmissible le plus courant. Plus de 70% des hommes et des femmes sont au moins infectés une fois par l'HPV au cours de leur vie. La contamination est, en générale, réalisée lors des 10 premières années de la vie sexuelle de l'individu. La contamination est souvent précoce dans la vie sexuelle, on peut noter que 1/3 des femmes de 15 à 25 ans ont déjà rencontré au moins une fois le virus. [15] Il n'existe pas de traitement contre ce virus.

Il s'agit d'une infection asymptomatique qui, le plus souvent, va régresser et disparaître spontanément, en moyenne, en moins de 8 mois (dans 80% des cas). [16] C'est la persistance de l'infection à HPV qui va engendrer les modifications cellulaires aboutissant aux dysplasies et à la cancérisation. L'HPV persiste chez 3 à 10% des femmes. En général, plusieurs années s'écoulent entre la première infection à papillomavirus et éclosion du cancer.

Les facteurs de risque de persistance de l'infection à HPV sont:

- Le TABAC
- La contraception orale prolongée
- Les autres infections sexuellement transmissibles
- L'immunodépression
- La grossesse…

4.2. HPV et cancer du col de l'utérus

Aujourd'hui le cancer du col de l'utérus est bien reconnu comme étant un cancer viro-induit et que le virus HPV est l'agent nécessaire à la carcinogénèse (bien que non suffisant). Le cancer du col ne peut donc s'initier en l'absence d'une infection à HPV. En effet, on détecte l'ADN de l'HPV dans 99,7% des cancers du col utérin. [15]

Seuls certains types d'HPV sont associés aux dysplasies cervicales et au cancer du col de l'utérus : Les virus de type 16 et 18 (appartenant au groupe des HPV oncogènes) sont les plus fréquemment retrouvés dans les cas de dysplasies cervicales et de cancer (70 à 75% des cas). [15] On récence environ 40 types d'HPV infectant l'appareil génital, une quinzaine étant à hauts risques.

Ces virus sont contractés lors d'un rapport sexuel contaminant. Ils pénètrent dans la couche basale de l'épithélium malpighien à l'endroit où elle est le plus accessible : la zone de jonction. Cela explique que ce soit le point de départ des dysplasies cervicales. C'est par contre au niveau des couches plus superficielles de l'épithélium malpighien que le virus va se multiplier, causant un effet cytopathogène visible au microscope optique : la koïlocytose.

4.3. HPV et grossesse

Lorsque l'on recherche la présence du virus HPV dans les sécrétions génitales de femmes enceintes, le virus est présent dans 15 à 31% des cas. On observe également que la fréquence de l'infection à HPV semble augmenter au cours de la grossesse, en effet on passe d'une incidence de 21% au premier trimestre à une incidence de 41% au troisième trimestre, contre une incidence de 17% dans le post-partum. [17]

L'augmentation de la fréquence de l'infection pendant la grossesse est principalement due à un certain degrés d'immunodépression, secondaire à l'inhibition de l'immunité cellulaire sous l'action de la progestérone. Il s'agit du même phénomène permettant la tolérance immunitaire du fœtus au cours de la grossesse.

5. DYSPLASIES DU COL DE L'UTERUS

Une dysplasie se définie par la présence d'anomalies cellulaires et architecturales de l'épithélium pavimenteux, au niveau de la zone de jonction du col de l'utérus. Il s'agit d'un état précancéreux. Les facteurs de risque des dysplasies cervicales sont principalement l'infection par le virus HPV mais aussi une activité sexuelle précoce et des partenaires multiples.

Les dysplasies sont dépistées par le frottis cervico-vaginal (cytologie) mais seul l'examen histologique apporte un diagnostic de certitude (biopsie sous colposcopie, conisation…)

Il faut souligner l'importance de la réalisation du frottis cervico-vaginal au cours du suivi obstétrical car de nos jours la moyenne d'âge de la première grossesse en France est de 29 ans selon l'INSEE alors que le pic du nombre de dysplasies cervical est atteint pour une population âgée de 30 à 45 ans. [(6)] La grossesse, constituant un passage obligé auprès d'une sage-femme ou d'un gynécologue, est donc un moment propice au dépistage.

5.1. Le classement des dysplasies

La classification de Bethesda (***Annexe 5***) nous propose deux types de dysplasies :

- **Les lésions intra-épithéliales de bas grade** ou **LSIL** (Low Squamous Intraepithelial Lesion) regroupant, selon l'ancienne classification, les condylomes et les CIN1 (Cervical Intraepithelial Neoplasia).

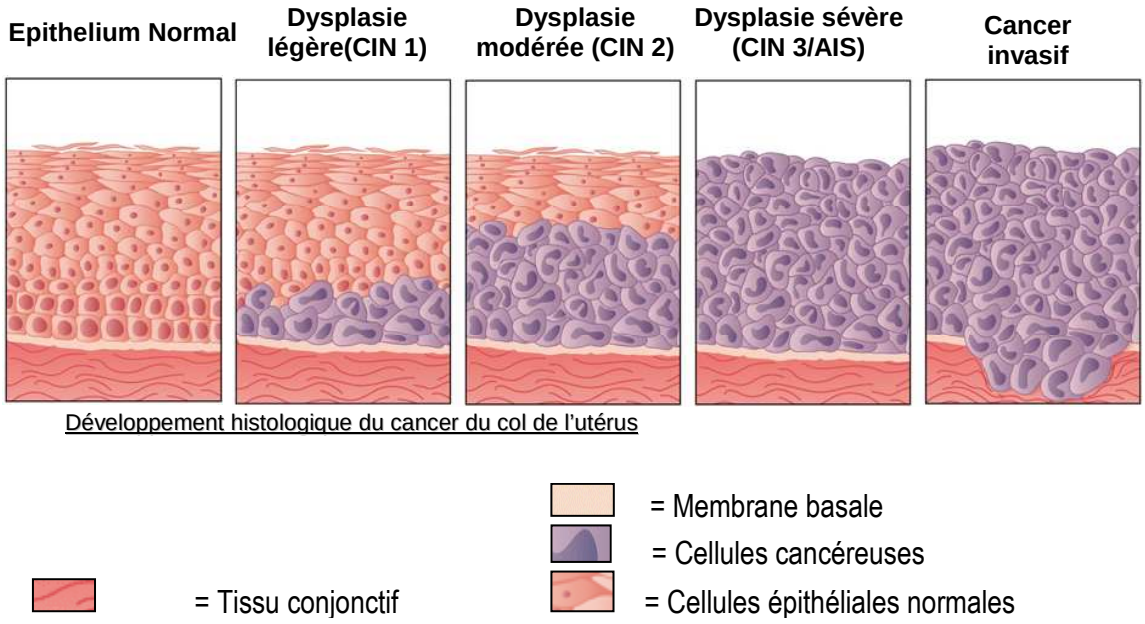
  Les CIN1 correspondent à des dysplasies légères. On observe la présence de cellules basales et parabasales à noyau hyperchromatique, jusqu'au tiers inférieur de l'épithélium.

- **Les lésions intra-épithéliales de haut grade** ou **HSIL** (High Squamous Intraepithelial Lesion) regroupant, selon l'ancienne classification, les CIN2 et les CIN3.

  Les CIN2 correspondent à la présence de cellules basales et parabasales avec des anomalies cyto-nucléaires plus marquées et des mitoses anormales, jusqu'aux deux tiers inferieurs de l'épithélium.

Les CIN3 correspondent aux dysplasies sévères, associant une hyperplasie des cellules basales, une désorganisation de la stratification, d'importantes anomalies cyto-nucléaires et mitoses anormales de cellules parabasales qui atteignent le tiers supérieur de l'épithélium, avec une disparition de la maturation de surface.

D'autre part, on peut retrouver des signes histologiques témoignant d'une infection à HPV, surtout dans les dysplasies légères où persiste une certaine maturation épithéliale de surface. En effet, l'HPV ne se multiplie que dans les cellules malpighiennes matures, causant un effet cytopathogène : présence de koïlocytes (cellules superficielles ou intermédiaires dont le cytoplasme contient une vacuole à contour irrégulier), de binucléation, de dyskératose…



Développement histologique du cancer du col de l'utérus

D'après Syrjänen and Syrjänen, In: *Papillomavirus infections in human pathology*. Wiley & Sons, Chichester; 2000.p. 145

5.2. L'apport du dépistage cytologique

Le frottis cervico-vaginal est un examen cytologique qui permet le dépistage de dysplasies. La colposcopie localise les lésions et c'est uniquement la conisation (ou la biopsie), qui est l'examen histologique, qui réalise le diagnostique.

5.2.1. Classification cytologique :

Pour les anomalies de la cytologie, on note plusieurs catégories :

- **La suspicion de lésion de bas grade**. Elles regroupent les modifications cellulaires correspondant à l'effet cytopathogène induit par l'HPV (les koïlocytes) et les dysplasies légères du col utérin.
- **ASCUS** (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance): il s'agit d'une atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée.
- **ASCH** : il s'agit d'un frottis avec des atypies de cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade. Il correspond dans 40% des cas à une dysplasie de haut grade (HSIL). [7]
- **AGUS** (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance) : il s'agit d'anomalies des cellules glandulaires de signification inconnue.
- **La suspicion de lésion de haut grade**.

5.2.2. Conduite à tenir face à ces anomalies

Face à une suspicion de lésion de bas grade, la prise en charge se fait au cas par cas. Il existe néanmoins plusieurs possibilités :

- Refaire un frottis dans six mois et s'il est normal, il convient de refaire un frottis dans six mois puis un an plus tard. Si ces deux frottis sont normaux, il sera réitéré au bout de deux ans. Si des anomalies persistent au deuxième et troisième frottis, on réalisera une colposcopie avec éventuellement une biopsie.
- Faire une colposcopie. Si elle est normale, le frottis sera refait à un an et on reviendra au dépistage classique : Tous les trois ans après deux frottis normaux. Si elle est anormale, une biopsie dirigée sera réalisée si la zone de jonction est bien visible. Sinon, il peut se discuter une conisation.
- La recherche d'HPV oncogène n'est pas recommandée dans cette situation car elle reviendra positive dans plus de 80% des cas.

Face à un ASCUS, plusieurs attitudes sont également possibles :

- Réaliser une colposcopie et éventuellement une biopsie.
- Réaliser un frottis de contrôle dans six mois : si les anomalies cytologiques ont disparu, une surveillance annuelle est justifiée. Après deux frottis normaux à 12 mois d'intervalle, le dépistage tous les trois ans sera repris. Si une anomalie est détectée au cours de cette surveillance, une colposcopie s'impose.

- Réaliser une recherche d'HPV oncogène. Si elle s'avère négative, on réalisera un frottis dans un an puis tous les trois ans. Si elle revient positive, une colposcopie avec éventuellement une biopsie sera nécessaire.

Face à un frottis avec des atypies de cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade, la colposcopie voire la biopsie sont recommandées.

Lors d'une AGUS, une colposcopie avec biopsie dirigée et/ou un curetage de l'endocol est recommandé. Si les cellules glandulaires sont de type endométrial, une hystéroscopie avec curetage peut être nécessaire. Si ces examens sont normaux il faut refaire un frottis dans six mois.

En cas de suspicion de lésions de haut grade la colposcopie et la biopsie sont impératives. Le test HPV est inutile car la prévalence du virus y est par définition de 100%

5.2.3. Chez la femme enceinte

La conduite à tenir face à ces lésions va être différente. En effet l'évaluation des anomalies cytologiques par une simple répétition de frottis est insuffisante, il faut réaliser d'emblée une colposcopie et une biopsie quelque soit le type d'anomalie rencontrée (suspicion LSIL, ASCUS, ASCH, AGUS).

La conduite à tenir face à une suspicion de HSIL est la même que celle hors grossesse (colposcopie et biopsie). Dans ces conditions, la biopsie, si elle ne montre pas de lésions invasives, permet de différer le traitement après l'accouchement.

5.3. Evolution des lésions

5.3.1. En général

Au niveau des anomalies cytologiques, on note que lorsqu'on se retrouve face à un frottis ASCUS, le col est normal dans 80 %, on retrouve une lésion de bas grade dans environ 12 % et une lésion de haut grade dans environ 8 % des cas.

Du point de vue histologique, une dysplasie de bas grade (LSIL), régresse spontanément sans traitement, dans 50 à 60 % des cas, dans un délai de 1 à 2 ans. Dans 35 % des cas, elle évolue vers la persistance. Plus rarement (2 à 12 % des cas), une

dysplasie de bas grade évolue vers une dysplasie de haut grade ou vers un cancer invasif (0,1 à 0,2 % des cas). [6][18]

Les dysplasies de haut grade évoluent dans environ 60 % des cas vers un cancer du col de l'utérus en l'absence de traitement, et cela dans un délai moyen de 10 ans. [6]

5.3.2. Pour la femme enceinte

L'évolution des lésions après la grossesse est marquée par une stabilité voire une régression. On note 30 à 40% de régressions dans le post-partum.

Le taux de régression est influencé par la gravité des dysplasies, en effet, les dysplasies de bas grades régressent plus fréquemment qu'une dysplasie de haut grade.

Les cas de progression des lésions retrouvés dans le post-partum sont plus rare mais peuvent atteindre, dans certains cas, des taux de 10 à 15%. [7]

6. CANCER DU COL DE L'UTERUS

Le cancer du col de l'utérus est classé au 8ème rang des cancers féminins, (en 2000, près de 3 400 femmes ont développé un cancer du col de l'utérus) et au 5ème rang en ce qui concerne les décès féminins, soit environ 1000 décès par an. (1) Bien que l'incidence du cancer du col soit en décroissance progressive, le dépistage reste encore insuffisant et un bon nombre de cancer du col de l'utérus reste découvert à un stade avancé.

6.1. Facteurs de risques

Le cancer du col de l'utérus est lié à certains facteurs de risques qui sont, par ordre d'importance : le nombre de partenaires sexuels, la précocité des rapports sexuels, le bas niveau socio-économique et la multiparité.

Le rôle majeur de l'infection par le virus HPV a clairement été identifié, avec un pouvoir oncogène particulier pour les types 16, 18, 31, 33, 35, 39. La gravité de l'infection sera largement influencée par l'immunodépression du sujet.

Le tabagisme est un facteur de risque à part entière, indépendant du comportement sexuel. Les fumeuses ont un risque 2,4 fois plus important de développer un cancer du col de l'utérus. Le mécanisme physiopathologique exact de cette interaction reste incompris. Il semblerait que les agents carcinogènes contenus dans le tabac puissent atteindre et se concentrer dans la zone du col utérin, à l'instar de ce qui se passe avec d'autres organes comme le poumon, la vessie, le foie ou l'estomac. Ces mêmes agents interagiraient avec le papillomavirus, principal cause du cancer du col utérin. (18)

La relation entre cancer du col de l'utérus et prise de contraceptifs oraux a été évoquée mais le lien reste cependant incertain avec un risque relatif faible. (19)

6.2. Histopathologie

Le cancer du col de l'utérus se définit par le franchissement, par les cellules dysplasiques, de la lame basale de l'épithélium du col de l'utérus. Les tumeurs malignes du col utérin sont en majorité d'origine épithéliale et se partagent entre carcinomes épidermoïdes et adénocarcinomes.

6.2.1. Carcinomes épidermoïdes

Ils naissent de la jonction pavimentocylindrique, laquelle est le plus souvent exocervicale, la lésion étant alors visible à l'exocol. Ils représentent environ 80 à 90% des lésions invasives. [19]

6.2.2. Adénocarcinomes

Histologiquement, l'adénocarcinome est d'origine endocervical mais peut avoir une apparence macroscopique endo- ou exocervicale. Ils représentent 10 à 20% des cas de lésions invasives. [19]

D'autres types de carcinomes beaucoup plus rares existent mais ne seront pas détaillés ici.

6.3. Evolution naturelle

Le cancer du col de l'utérus est classé en différents stades cliniques qui sont fonction de l'extension du cancer à partir de la dysplasie épithéliale.

Le *stade I* correspond à une tumeur limitée au col de l'utérus, dans lequel on différencie le *stade IA* (cancer micro-invasif avec une profondeur d'invasion allant jusque cinq millimètres) et le *stade IB* (cancer invasif franc avec une profondeur d'invasion de plus de cinq millimètres ou d'une largeur de plus de sept millimètres).

Le *stade II* correspond à une tumeur dépassant les limites du col sans atteindre la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin.

Le *stade III* caractérise l'atteinte de la paroi pelvienne, du tiers inferieur du vagin ou une tumeur qui comprime au passage l'uretère pelvien (stade III « urinaire »).

Enfin, l'extension vers le rectum ou la vessie avec ou sans fistule correspond au *stade IV*. Il peut, à ce stade, exister une extension hors du bassin ou des métastases à distance.

6.4. Le diagnostic

Le signe d'appel, en dehors de circonstances de dépistage ou d'examen clinique systématique, est la métrorragie, classiquement provoquée, souvent spontanée. Les leucorrhées associées ou la douleur peuvent également attirer l'attention et pousser à réaliser un examen sous spéculum. Le diagnostic de formes précliniques s'appuie sur le dépistage cytologique et l'aspect colposcopique du col de l'utérus.

Dans tous les cas le diagnostic définitif repose sur la biopsie.

7. LES TRAITEMENTS

7.1. En général

7.1.1. Les lésions intra-épithéliales de bas grade

La prise en charge de ces lésions peut, tout d'abord, être l'abstention thérapeutique, car le risque d'évolution est faible. Dans ce cas un suivi cytologique régulier sera mis en place à raison d'un frottis à six mois et un à un an (associé plus ou moins à une colposcopie), puis la reprise de la surveillance classique tous les trois ans. Il faut bien évidemment tenir compte du risque de perdues de vue (20%) qu'implique la simple surveillance et ne pas trop hésiter à mettre en place un traitement. (7)

La décision d'un traitement, par résection à l'anse diathermique, par laser ou conisation, sera prise face à une lésion qui ne régresse pas spontanément après un an ou 18 mois de surveillance, ainsi que face à une colposcopie ne permettant pas d'atteindre la zone de jonction ou s'il existe une discordance cyto-colpo-histologique.

7.1.2. Les lésions intra-épithéliales de haut grade

Elles doivent être obligatoirement traitées. Le choix pour la méthode thérapeutique doit prendre en compte le désir de grossesse de la patiente et la compliance pour la surveillance post-thérapeutique.

- La conisation : c'est la méthode la plus souvent indiquée. Elle sera guidée par colposcopie qui déterminera la localisation et la taille de la lésion. La pièce de résection doit impérativement comporter des limites saines.
- Les méthodes de destructions : il s'agit de la cryothérapie ou de la vaporisation laser. Leur réalisation nécessite plusieurs conditions, la lésion doit être de petite taille, totalement visible à la colposcopie et limitée uniquement à l'exocol. (4) Cette méthode sera proposée à une femme jeune, désirant une grossesse et acceptant un suivi régulier.

7.1.3. Le cancer invasif

Le traitement du cancer invasif est composé d'une technique chirurgicale allant de la simple conisation à l'exentération pelvienne dans les formes les plus graves, en passant par la trachélectomie élargie avec coelio-curage préalable et transposition

ovarienne, ainsi que par l'hystérectomie totale élargie associée à une ablation des ganglions du petit bassin voire à une ablation des ovaires. Au traitement chirurgical va s'associer une radiothérapie (curiethérapie ou radiothérapie externe) et parfois même une chimiothérapie qui aura un rôle radiosensibilisant.

7.2. Pendant la grossesse

Pendant la grossesse la prise en charge de la patiente dépendra du résultat du trépied cytologie-colposcopie-biopsie. Il conviendra à la fois de ne pas sous traiter une lésion chez une femme enceinte mais également de ne pas lui imposer un traitement inutilement dangereux pour sa grossesse.

7.2.1. Les lésions intra-épithéliales de bas ou de haut grade

Face à ces lésions, l'**abstention** est la règle. En effet, les lésions dysplasiques ne sont pas hormonodépendantes, ce qui permet d'affirmer qu'un délai thérapeutique n'aura pas d'impact sur le pronostic maternel. Il est donc conseillé d'attendre la fin de la grossesse et de réévaluer par une confrontation cyto-colposcopique dans les six semaines à six mois après l'accouchement avant de poser l'indication d'un traitement car certaines lésions, en particulier de bas grade, peuvent régresser spontanément.

La difficulté principale de la surveillance vient du risque de perdre de vue les patientes lorsqu'on décale le traitement dans le post-partum. Si on ne sensibilise pas la patiente à l'importance du traitement après sa grossesse, le risque de la perdre de vue peut atteindre les 30%. [(7)]

Si, après cytologie et colposcopie, la biopsie (pendant la grossesse) ne peut exclure une invasion, une **conisation diagnostique** électrochirurgicale associée à un cerclage doit être réalisée. La conisation pendant la grossesse reste un geste d'exception.

7.2.2. Le cancer invasif

Face à un cancer micro-invasif d'une profondeur d'invasion inférieure à trois millimètres (IA1), il est préconisé de réaliser une conisation après pose d'un cerclage à visée hémostatique. Cette intervention n'est pas sans risque (risque de perte de la grossesse, risque hémorragique maternel, risque de rupture prématurée des membranes

et risque d’accouchement prématuré plus tard dans la grossesse). On peut laisser évoluer la grossesse et l’accouchement par voie basse est possible.

Avec un cancer micro-invasif d’une profondeur d’invasion de trois à cinq millimètres (IA2), le risque d’atteinte ganglionnaire est de l’ordre de 1 à 8%. Dans cette situation, la conisation sera accompagnée d’un coelio-curage. Si les ganglions ne sont pas atteints, le traitement s’arrête là et la grossesse peut se poursuivre normalement, au contraire, si les ganglions sont touchés, il est nécessaire d’interrompre la grossesse afin de mettre en place le traitement adéquat.

Face à un cancer invasif, le standard est l’arrêt de la grossesse puis la mise en place du traitement conventionnel selon le stade du cancer.

Partie 2 : Vers une amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la MRAP

1. METHODOLOGIE D'ACTION

Dans cette seconde partie du mémoire, nous avons voulu mettre en place les actions nécessaires à l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes au sein de la Maternité Régionale de Nancy. Différentes idées ont cheminé tout au long de ces deux dernières années et nous avons souvent dû réévaluer nos objectifs pour finalement mettre en place une stratégie d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus en quatre points.

1.1. Le premier point

Le premier point consistait à établir un état des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Pour ce faire nous avons, tout d'abord, réaliser une étude rétrospective afin d'évaluer l'application des recommandations nationales pour la réalisation de frottis cervicaux-vaginaux chez les femmes enceintes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Nous avons ensuite, par le biais d'entretiens individuels, voulu connaître la position des sages-femmes quant à ce dépistage ainsi que leurs habitudes de travail.

1.2. Le deuxième point

Le deuxième point présente les actions d'améliorations du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy que nous avons mises en place. Ces actions se basent sur les observations réalisées lors de l'état des lieux et cherchent à répondre au mieux aux problèmes observés.

Les actions d'amélioration consistent, en premier lieu, en la mise en place d'une fiche de recueil d'informations dans le dossier obstétrical. Cette fiche avait pour but de compléter ce dernier. Il y figurerait notamment la notion de frottis cervico-vaginal. Une deuxième action a été également mise en place, il s'agit d'une matinée de formation pour les sages-femmes des consultations obstétricales. Cette formation avait pour thème le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours du suivi obstétrical.

1.3. Le troisième point

Le troisième point correspond à l'évaluation de nos actions afin d'apprécier l'impact de celles-ci sur la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

La matinée de formation a été évaluée par un questionnaire distribué aux sages-femmes du service de consultation obstétricale dans le but de réaliser une enquête de satisfaction. La fiche de recueil d'informations, quant à elle, a vu son impact évalué par la réalisation d'une étude prospective sur une centaine de dossiers obstétricaux dans lesquels elle figure.

1.4. Le quatrième point

Le quatrième point de cette seconde partie nous orientera vers d'autres pistes d'améliorations et abordera notamment les nouvelles réformes de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire.

2. L'ETAT DES LIEUX

2.1. Les objectifs de l'état des lieux

Les objectifs de cet état des lieux sont :

- D'une part, d'évaluer le respect des recommandations nationales sur la réalisation de frottis cervicaux-vaginaux chez les femmes enceintes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.
- D'autre part, connaître la position des professionnels quant à ce dépistage ainsi que leurs habitudes de travail.

Pour ce faire, nous avons tout d'abord réalisé une enquête rétrospective sur des dossiers obstétricaux de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy puis nous avons réalisé des entretiens individuels auprès des sages-femmes des consultations obstétricales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

2.2. L'enquête

Au cours du mois de juillet 2007, sur l'initiative du Dr T. Routiot, les Docteurs A. Barbier, M. Muller, J. Fresson et moi-même avons lancé une évaluation des dossiers obstétricaux de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur le suivi des recommandations nationales portant sur la réalisation des frottis cervico-vaginaux chez les femmes enceintes.

2.2.1. Caractéristiques de l'étude

Cette évaluation consiste en la réalisation d'une enquête rétrospective chez les femmes suivies en consultation obstétricale en 2005-2006.

2.2.2. Population étudiée

Nous avons réalisé un tirage au sort de 100 dossiers à partir de la base de données Clinicom, auxquels nous avons ajouté 10% de dossiers supplémentaires afin de remplacer ceux qui seraient indisponibles au moment de la saisie des informations.

Au total, nous avons donc repris aléatoirement 111 dossiers de patientes ayant été suivies et ayant accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy en 2005 et 2006.

2.2.3. Accès aux dossiers médicaux

La demande d'accès aux dossiers médicaux à été effectuée et obtenue auprès du DIM de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

2.2.4. Description des données collectées

Les données collectées dans les dossiers médicaux concernent :

- **Les critères généraux** : l'âge de la patiente, sa gestité, sa parité et le consultant (médecin ou sage-femme).

- **Les antécédents personnels gynécologiques** : un antécédent de frottis anormal, de dysplasie, de traitement pour ces anomalies (laser, cryothérapie, conisation)…

- **La présence de la date du dernier frottis de la patiente** et son résultat s'il date de moins de deux ans.

- **La réalisation d'un frottis au cours de la grossesse** si la date du dernier frottis est inconnue, supérieure à deux ans ou si le résultat de ce dernier frottis se révélait anormal.

2.2.5. Traitement des données

La saisie des données s'est déroulée aux archives médicales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Les données ainsi recueillies ont été recensées sur un masque de saisie EPI DATA et analysées par le logiciel SAS, à l'aide du Dr J. Fresson.

Afin de préserver le secret médical, nous avons effectué une anonymisation réversible des données, chaque sujet correspondant à un numéro précis.

2.2.6. Les résultats

Consultants

Dans 20 cas le consultant est un médecin (18 %) et dans 91 cas (82 %), une sage-femme.

Réalisation antérieure d'un frottis

On retrouve la notion dans le dossier obstétrical d'un frottis antérieur dans à peine 38,7% des cas (43 cas). Le résultat de ce frottis est disponible dans le dossier dans 37 cas (86 %). Il est noté normal dans 40 cas (93%), anormal dans 1 cas (lésion de bas grade confirmée en biopsie cervicale CIN1), et inconnu dans 2 cas.

Le délai (en mois) entre la date du dernier frottis et la date de la consultation pour les 43 observations pour lesquelles cette information existe est en moyenne de 13 mois (écart type de 10,7 mois) médiane 12 mois, minimum 1 mois, maximum 64 mois Ce délai est inférieur à 24 mois dans 40 cas (93 %).

Réalisation d'un frottis au cours de la consultation

On relève que 10 frottis ont été réalisés en consultation, les 10 résultats sont disponibles, 9 sont normaux et 1 est noté anormal.

Prise en charge adéquate

Définition : On définit **une prise en charge adéquate** par la réalisation d'un frottis au cours de la consultation :

- si la notion d'un frottis antérieur est inconnue
- si le délai entre la consultation et la date du dernier frottis est supérieur à 24 mois
- si le délai est inférieur à 24 mois mais que le résultat n'est pas disponible
- si le résultat antérieur est anormal

Dans le cas contraire, **la prise en charge est inadéquate** :

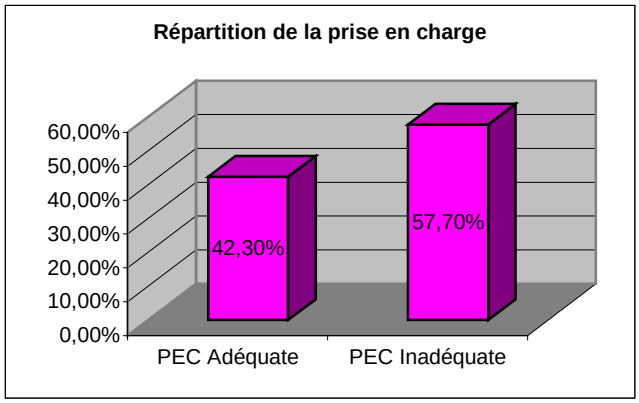
- Par absence de frottis alors qu'il en fallait un : si la notion d'un frottis antérieur n'est pas connue, le délai supérieur à 24 mois ou le résultat précédant anormal.

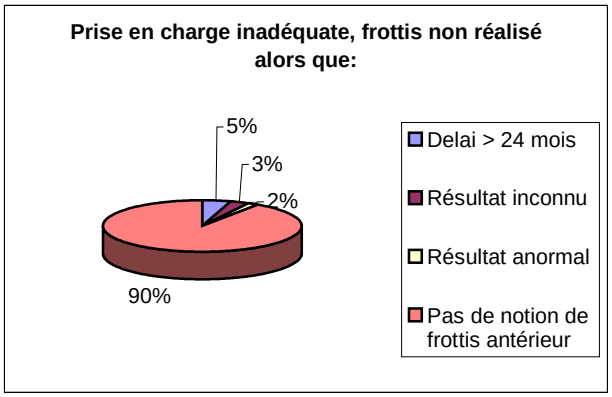
- Par réalisation d'un frottis en excès : réalisation d'un frottis alors qu'on a un résultat antérieur normal de moins de 24 mois présent dans le dossier

La prise en charge a été jugée adéquate dans 47 cas (42,3 %). Les 10 frottis réalisés en consultation l'ont tous été à bon escient, ici, il s'agit de l'absence de notion de frottis antérieur. Il n'y a pas eu de frottis par excès.

Les prises en charge jugées inadéquates dans 64 cas (57,7%) correspondent à :

- 3 frottis non faits alors que le délai entre la consultation et le dernier frottis est supérieur à 24 mois (26, 64 et 42 mois).
- 2 frottis non faits alors que le délai est inférieur à 24 mois (9 et 10 mois) mais dont le résultat est inconnu.
- 1 frottis non fait alors que le délai est de 13 mois mais avec un résultat noté anormal.
- 58 observations pour lesquelles il n'y a pas eu de frottis alors que la notion d'un frottis antérieur ne figure pas dans le dossier.





Descriptive bivariée

Le pourcentage de prise en charge adéquate est significativement plus élevé si la première consultation a lieu au cours du premier trimestre de la grossesse (48 % de prise en charge adéquate versus 12 %).

2.2.7. Conclusion

En revenant dans ces dossiers obstétricaux, nous avons pu observer que la notion de frottis antérieur à la grossesse était présente dans moins de 40% des dossiers. La réalisation d'un frottis antérieur à la grossesse est donc une notion fréquemment manquante dans l'anamnèse des femmes enceintes alors qu'elle est indispensable à une prise en charge appropriée.

D'autre part, sur les 10 frottis réalisés au cours de la grossesse, l'un d'entre eux est revenu anormal. Cette information contribue donc à appuyer l'utilité du frottis au cours de la grossesse.

Il faut également souligner que lors de cette étude, nous avons retrouvé un taux de prise en charge inadéquate de près de 60%.

Face à ce taux important de prise en charge inadéquate, nous devons nous poser plusieurs questions, d'une part sur la qualité des pratiques des professionnels et les solutions d'amélioration à proposer, d'autre part sur la fiabilité de notre étude.

En effet, une des grandes difficultés de cette évaluation provient du fait que l'étude est rétrospective. En effet, lorsque l'information n'est pas présente dans le dossier médical, il nous est impossible de la retrouver autrement.

Une deuxième difficulté provient du dossier médical en lui-même. Il ne contient aucun élément qui pourrait rappeler au praticien la nécessité de rechercher ou de pratiquer cet examen. En effet, aucune rubrique ne concerne cet examen de dépistage, ni dans l'item « antécédents gynécologiques », ni dans l'item « examen de suivi de grossesse »

Les données ainsi collectées peuvent donc être biaisées et les résultats obtenus le reflet d'une sous déclaration.

Il convenait donc de compléter cette étude : Nous proposons d'insérer une fiche de recueil d'informations, sur laquelle figureraient les informations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, dans les dossiers obstétricaux. Une étude prospective au sein du service de consultation obstétricale de la maternité régionale de Nancy est donc proposée après la mise en place de cette fiche.

2.3. Les entretiens

2.3.1. La mise en place des entretiens

Avant de mettre en place l'étude prospective au sein de la maternité, nous souhaitions connaître la position des sages-femmes de consultations obstétricales en ce qui concerne le frottis cervico-vaginal. Dans cette optique, nous avons réalisé des entretiens auprès des sages-femmes des consultations obstétricales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

2.3.2. Caractéristiques des entretiens

Ces entretiens, individuels et anonymes, se déroulaient en se basant sur une fiche de recueil préalablement établie afin d'avoir une trame de fond pour la conversation. Cette fiche de recueil est présentée en ***Annexe 1***.

2.3.3. Description des données collectées

La feuille de trame pour les entretiens nous a permis d'aborder :

- Les pratiques des sages-femmes concernant le frottis cervico-vaginal
- Leurs motivations tant en ce qui concerne la réalisation que l'absence de réalisation de frottis
- L'évolution de leurs pratiques
- Leur sentiment face à l'arrivée du nouveau vaccin contre certains types d'HPV
- La (ou les) formation(s) qu'elles ont pu recevoir pour la réalisation des frottis.

2.3.4. Les résultats

Les participantes

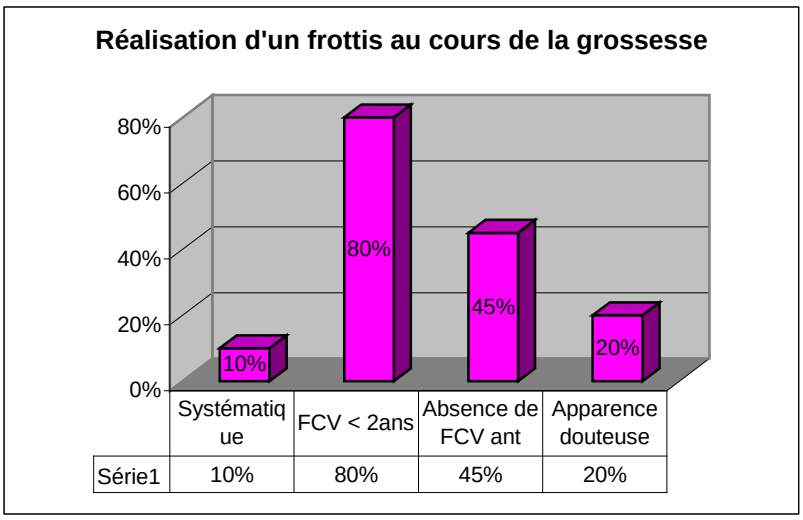
Neuf des douze sages-femmes des consultations obstétricales ont participé à ces entretiens.

Les pratiques professionnelles

- La totalité des sages-femmes interrogées reconnait l'utilité de ce dépistage pendant la grossesse et elles interrogent systématiquement leurs patientes sur la date de réalisation d'un frottis avant la grossesse.

- Parmi elles, 80% demande le résultat de ce frottis à la patiente et seulement 45% des sages-femmes interrogées demandent à voir le compte-rendu écrit du frottis.

- Certaines d'entre elles (10%) réalisent systématiquement un frottis en début de grossesse. Sinon, les situations dans lesquelles elles réalisent un frottis au cours de la grossesse peuvent se résumer en trois catégories : le dernier frottis de la patiente date de plus de deux ans (80%), l'absence de notion de frottis chez la patiente (45%) ou l'apparence douteuse du col lors de l'examen au spéculum (20%).



- Si le frottis n'a pas été réalisé pendant la grossesse, elles sont 80% à le réaliser dans le post-partum s'il est nécessaire. La principale raison évoquée de ne pas faire un frottis dans le post-partum est la persistance des saignements lors de la visite post-natale.

L'évolution des pratiques

70% d'entre elles estiment avoir évolué dans leurs pratiques au cours de leur exercice professionnel.

Elles expliquent s'être améliorées, exercer avec une clinique plus méticuleuse acquise par l'expérience, manifester une attention plus portée sur le suivi gynécologique des patientes et réaliser une anamnèse plus précise et complète.

L'une d'entre elles a modifié ses pratiques par une diminution du nombre de frottis réalisés. Elle le justifie, d'une part par l'amélioration du suivi gynécologique des patientes et d'autre part par le caractère de plus en plus tardif de la première consultation de grossesse.

Leur formation

Aucune d'entre elles n'a eu de formation au cours de ses études sur la réalisation des frottis. Elles se sont formées au cours de leur exercice en se renseignant par leurs propres moyens auprès des médecins, en réalisant des demandes de formation continue ou par les interventions des laboratoires pour la vaccination contre le virus HPV. Certaines se sont aussi procurées les recommandations nationales.

L'influence de l'arrivée des vaccins contre certains types d'HPV oncogènes

L'arrivée sur le marché des vaccins contre certains types d'HPV oncogènes et la campagne d'information l'accompagnant n'ont pas influencé les pratiques des sages-femmes des consultations obstétricales. En effet, ces vaccins sont encore trop récents pour concerner la population de femmes enceintes de la maternité. Les sages-femmes ne se sentent pas concernées.

2.3.5. Conclusion

A la suite de ces entretiens, nous nous sommes aperçus que pour la grande majorité des sages-femmes des consultations obstétricales, la pratique du frottis cervico-vaginal était en accord avec les recommandations nationales.

Il existe cependant quelques pratiques inadéquates, comme par exemple l'absence de réalisation de frottis dans le post-partum du fait de la présence de

saignements. En effet, les nouvelles techniques de frottis en phase liquide permettent de contourner ce problème par la lyse de l'hémoglobine contenue dans le prélèvement. [9]

Par ailleurs, seules 45% des sages-femmes interrogées demandent à voir le résultat écrit du dernier frottis de la patiente, or certaines patientes peuvent confondre frottis cervico-vaginal et prélèvement vaginal et assurer à la sage-femme qu'elles ont bien eu un frottis récent et normal. La vérification du résultat, bien que difficile à mettre en pratique, est nécessaire.

Il existe également une sage-femme qui ne réalise pas de frottis pendant la grossesse du fait d'un meilleur suivi gynécologique des patientes ou d'une première consultation de grossesse tardive. Or le frottis est indiqué à n'importe quel moment de la grossesse. En effet il est décrit que 40% des femmes en France n'ont pas réalisé de frottis dans les 3 dernières années. [5] De plus, le pic du nombre de dysplasies est atteint dans les populations âgées de 30 à 45 ans [6] alors même que la moyenne d'âge pour une première grossesse, aujourd'hui en France, est de 29 ans (selon les sources INSEE de 2008).

D'autre part, l'absence de formation des sages-femmes pour la réalisation du frottis cervico-vaginal est une notion redondante. De nombreuses sages-femmes auraient aimé avoir des informations afin de pouvoir toutes travailler sur un même modèle. Elles souhaiteraient être capables d'interpréter la gravité d'un frottis pathologique afin de pouvoir informer leurs patientes, avant de les envoyer consulter un médecin. Elles reconnaissent toutes le manque de formation.

Devant cette demande d'information exprimée par les sages-femmes et les observations que j'ai pu faire au cours de mes entretiens, Dr Routiot et moi-même avons décidé de mettre en place une intervention au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy afin de répondre aux attentes des sages-femmes.

2.4. Conclusion de l'état des lieux

Cet état des lieux met en évidence de nombreuses imperfections dans l'organisation du dépistage du cancer du col pendant la grossesse.

En premier lieu, on peut souligner le manque de formation et d'information des sages-femmes. Ainsi qu'un certain nombre de disparités dans leurs pratiques de dépistage.

En second lieu, on remarque que le dossier médical a une conception qui ne facilite pas le recueil des données concernant le frottis cervico-vaginal. La fréquence de l'oubli de cette information se voit donc augmentée.

Au vu de ces difficultés, Dr T. Routiot et moi-même avons réfléchi à une stratégie d'amélioration du dépistage au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Afin de faire face à la demande explicite de formation des sages-femmes, nous décidons de mettre en place une matinée de formation. Cette matinée nous permettra d'organiser une intervention lors de laquelle nous reviendrons sur certaines notions nécessaires à la réalisation du dépistage du cancer du col.

D'autre part, dans le but d'améliorer l'utilisation du dossier médical nous proposons d'insérer dans chaque dossier obstétrical une fiche de recueil d'informations. Sur cette fiche apparaitrait entre autre la notion de frottis cervico-vaginal.

3. STRATEGIES D'AMELIORATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL PAR LES SAGES-FEMMES A LA MRAP

Afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, nous décidons, dans un premier temps de mettre en place une fiche de recueil d'informations dans tous les nouveaux dossiers obstétricaux de la maternité. Cette fiche a pour but d'améliorer l'utilisation du dossier obstétrical. Dans un deuxième temps, nous réaliserons une matinée de formation des sages-femmes des consultations obstétricales dans le but de répondre aux attentes exprimées lors des entretiens et d'uniformiser les pratiques de ces professionnelles.

3.1. La fiche de recueil d'information

Dans la continuité de l'étude rétrospective menée en juillet 2007 et des problèmes qu'elle a soulevés, nous avons mis en place, dans chaque dossier obstétrical, une fiche de recueil d'informations dont le but est de pallier l'absence de rubrique spécifique au dépistage du cancer du col de l'utérus.

3.1.1. Caractéristiques de la fiche

Cette action a débuté au mois de décembre 2008.

Pour ce faire, il a été mis en place dans chaque dossier vierge des consultations obstétricales, une fiche de recueil d'informations présentée en ***Annexe 2***.

Cette fiche est à remplir par le médecin ou la sage-femme qui réalise la première consultation de la grossesse de chaque patiente venant consulter à la maternité (pour la grossesse actuelle).

3.1.2. Population concernée

La population ici concernée comprend la totalité des patientes venant consulter à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Il s'agit de patientes consultant pour la première fois pour leur grossesse actuelle.

3.1.3. Objectifs de la fiche de recueil

La mise en place de cette fiche de recueil a pour but :

- Tout d'abord de **pallier l'absence de rubrique concernant le dépistage du cancer du col dans le dossier obstétrical**.

- D'autre part, celle-ci permettra également **d'évaluer prospectivement** au sein de l'unité de consultation l'application des recommandations nationales sur la réalisation des frottis cervicaux dans la population des femmes enceintes. Par ailleurs, il sera alors possible d'établir la **validité de l'interrogatoire** des patientes concernant leur suivi cytologique ainsi que des **données épidémiologiques** sur le suivi cytologique des patientes en âge de procréer.

3.1.4. Description des données collectées

La fiche permet de nous renseigner sur :

- **Les critères généraux** : l'âge de la patiente, sa parité, sa consommation de tabac.

- **Les antécédents gynécologiques de la patiente** : les frottis pathologiques, les dysplasies, les traitements (laser, cryothérapie, conisation…)

- **La vaccination contre certains types de virus HPV.**

- **Le dépistage** : la date de son dernier frottis, son résultat (selon la patiente et en réalité), la recherche d'HPV oncogène.

- **La réalisation d'un frottis pendant la grossesse.**

3.2. La matinée de formation

Le 15 janvier 2009, Dr Routiot et moi-même avons réalisé une matinée de formation. Cette formation consistait en une intervention qui avait pour but de répondre aux attentes que les sages-femmes de consultation obstétricale ont exprimées lors des entretiens.

3.2.1. Objectifs de l'intervention

Cette formation avait pour objectifs :

- Apporter les informations nécessaires à **l'uniformisation des pratiques** de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les sages-femmes des consultations obstétricales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

- Apporter un **complément d'information théorique** sur les dysplasies cervicales et les particularités de la grossesse.

- Expliquer le **rôle et l'utilisation de la fiche de recueil** mise en place précédemment.

- Inclure cette intervention dans la **formation des futurs professionnels** en invitant les étudiants sages-femmes en 4ème année de formation à être présents lors de cette intervention.

3.2.2. Caractéristiques de l'intervention

L'intervention s'est déroulée dans l'amphithéâtre du sous-sol de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy de 9h à 12h. Elle a réuni les sages-femmes des consultations obstétricales, la promotion des étudiants sages-femmes de 4ème année de formation ainsi que certaines étudiantes sages-femmes de 3ème année de formation.

3.2.3. Description de l'intervention

L'intervention avait pour sujets :

- Les dysplasies cervicales
- La réalisation des frottis dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus
- La prise en charge des frottis anormaux, les traitements et la prévention.

Cette première partie était présentée par Dr T. Routiot.

Une deuxième partie de l'intervention, présentée par moi-même, portait sur les spécificités de la grossesse :

- Le dépistage par le frottis et la prise en charge des frottis anormaux pendant la grossesse.
- Les lésions condylomateuses et les problèmes qu'elles peuvent entrainer lors de l'accouchement.
- La possibilité de transmission du virus HPV de la mère à l'enfant et ses conséquences.

La présentation PowerPoint® de cette deuxième partie, figure en ***Annexe 3.***

Suite à cette intervention, une séance de questions-réponses a été proposée.

4. EVALUATION DES ACTIONS

Suite à la mise en place de nos stratégies d'amélioration, nous avons voulu évaluer l'impact de nos actions.

Pour évaluer la pertinence de la fiche de recueil, nous avons réalisé une étude prospective sur les dossiers des femmes enceintes suivies en consultations obstétricales par des sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Nous avons ainsi pu recueillir et analyser les informations apportées par notre fiche de recueil d'information.

La matinée de formation, quand à elle, a été évaluée par la distribution d'un questionnaire aux sages-femmes de consultation obstétricale dans le but de réaliser une « enquête de satisfaction ».

4.1. La fiche d'évaluation de l'intervention

La semaine suivant l'intervention, nous avons fait parvenir aux sages-femmes de consultation obstétricale un questionnaire afin de connaître leur avis concernant l'intervention que nous avons réalisée.

4.1.1. Caractéristiques de la fiche d'évaluation

Ce questionnaire, anonyme, à été distribué à toutes les sages-femmes des consultations obstétricales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Le questionnaire figure en ***Annexe 4***.

4.1.2. Description des données collectées

Ce questionnaire nous renseigne sur :

- Les formations que les sages-femmes auraient déjà eues sur ce sujet.
- La nécessité de cette intervention.
- Il nous permet de savoir si les informations apportées étaient suffisantes et répondaient à leurs attentes.

- Il nous permet également de connaître les changements que cette formation aurait pu engendrer dans la prise en charge des patientes en consultation obstétricale.
- Les remarques diverses.

4.1.3. Les résultats

Participantes

Sur les 12 questionnaires distribués en consultation obstétricale de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, neuf sages-femmes ont répondu.

Parmi elles, sept sages-femmes ont participé à l'intervention du 15 janvier 2009.

Utilité de l'intervention

Pour la totalité des sages-femmes ayant participé, cette intervention était nécessaire, les informations apportées étaient complètes et elles ont répondu à leurs attentes.

Changements engendrés

Après cette intervention, elles reconnaissent toutes vouloir changer certaines choses dans la prise en charge de leurs patientes en ce qui concerne le frottis cervico-vaginal :

- Elles réaliseront un frottis au besoin quel que soit le terme de la grossesse ou malgré les saignements modérés lors de la visite post-natale.
- Elles appliqueront de manière plus stricte les recommandations nationales.
- Elles adresseront plus facilement aux médecins les cols cliniquement douteux et réaliseront une anamnèse plus méticuleuse en cherchant à obtenir le compte rendu écrit du dernier frottis de la patiente.
- Elles essaieront aussi, si le temps le leur permet, de parler de la vaccination contre certains types de virus HPV aux femmes enceintes ayant déjà chez elles des jeunes filles en âge d'être vaccinée.

Les formations

Par ailleurs, trois des neuf sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont déjà eu une formation ou des informations sur le thème du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces formations sont par exemple: les informations apportées par les laboratoires distribuant les vaccins contre certains types de virus HPV, les journées d'études sages-femmes/médecins de Tours en 2008 ainsi que la littérature.

4.1.4. Conclusion

Cette fiche d'évaluation nous a permis de conclure à l'atteinte des objectifs de l'intervention, en effet, peu de sages-femmes ont déjà eu une formation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les sages-femmes ont toutes été satisfaites des thèmes abordés. L'intervention a apporté, selon elles, les notions nécessaires à uniformiser les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus en consultation obstétricale. L'intervention a également abordé les notions théoriques dont elles avaient besoin afin de pouvoir renseigner leurs patientes qui se trouveraient face à un frottis cervico-vaginal anormal.

D'autre part, les aprioris ainsi que les pratiques inadéquates observées lors des entretiens avec les sages-femmes des consultations obstétricales sembleraient avoir été rectifiés par notre intervention.

4.2. La fiche de recueil d'information

Afin d'évaluer l'impact de cette fiche de recueil d'informations sur les pratiques des sages-femmes, nous avons choisi de réaliser une étude prospective sur les dossiers obstétricaux du service de consultation obstétricale de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

4.2.1. Caractéristiques de l'étude

L'étude effectuée est de nature descriptive et prospective. Elle a été menée sur une période de quatre mois à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

4.2.2. Population étudiée

Nous avons choisi aléatoirement 100 dossiers des consultations obstétricales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. L'étude de ces dossiers concernait la période allant de décembre 2008 à mars 2009.

Critères d'inclusion :

Toutes les patientes venues consulter une sage-femme pour la première fois à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy pour le suivi de leur grossesse actuelle.

Critères d'exclusion :

Toutes les patientes pour lesquelles notre fiche de recueil ne figure pas dans le dossier obstétrical.

Toutes les patientes qui ne sont pas suivies par une sage-femme.

4.2.3. Description des données collectées

La fiche permet de nous renseigner sur :

- **Les critères généraux** : l'âge de la patiente, sa parité, sa consommation de tabac.

- **Les antécédents gynécologiques de la patiente** : les frottis pathologiques, les dysplasies, les traitements (laser, cryothérapie, conisation…)

- **La vaccination contre certains types de virus HPV oncogènes.**

- **Le dépistage** : la date son dernier frottis, son résultat (selon la patiente et en réalité), la recherche d'HPV oncogène.

- **La réalisation d'un frottis pendant la grossesse.**

4.2.4. Modalité de recueil et d'informatisation des données

La demande d'accès aux dossiers médicaux à été effectuée et obtenue auprès du DIM de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Afin de préserver le secret médical, nous avons effectué une anonymisation réversible des données. Chaque sujet correspondant à un numéro précis.

La saisie des données s'est déroulée au fichier des consultations obstétricales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Les données ont été saisies dans un tableur Excel pour permettre l'analyse des informations.

4.2.5. Limites de l'étude

Notre étude s'est trouvée limitée par le taux de participation des sages-femmes au remplissage de la fiche de recueil.

Pour obtenir nos données sur 100 dossiers nous avons du consulter 153 dossiers obstétricaux. En effet, dans 53 des dossiers consultés, la fiche de recueil était présente dans le dossier mais elle n'avait pas été complétée. **Cette fiche a donc été retrouvée vierge dans 35% des dossiers étudiés, ce qui nous donne un taux de participation à l'étude de 65%.**

Nous avons tout de même vérifié si les informations manquantes sur la feuille de recueil ne figuraient pas dans le dossier médical. Au final, ces informations étaient inexistantes pour la totalité des 53 dossiers.

4.2.6. Résultats de l'étude

Caractéristiques générales de la population

- Age de la population

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 27,7 ans, avec une médiane à 27 ans et un écart-type de 4,7 ans, minimum 18 ans, maximum 39 ans. Les patientes sont âgées de plus de 30 ans dans 35% des cas.

- Parité

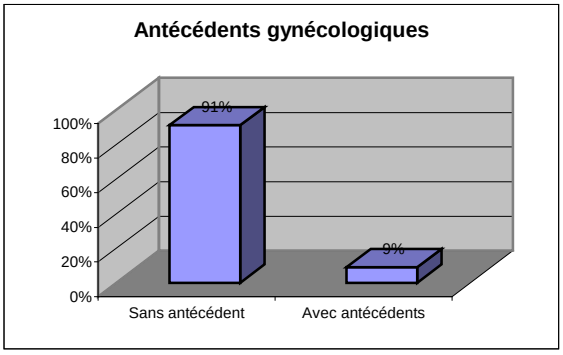
Les patientes de cette étude ont en moyenne 1,6 enfants avec un minimum de 0 enfant et un maximum de 5 enfants.

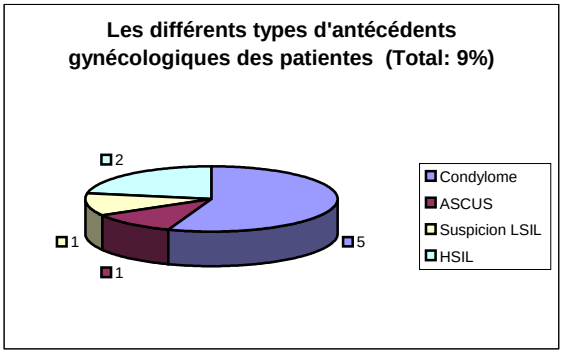
Tabac

Dans la population étudiée, on retrouve 48% de fumeuses.

Antécédents gynécologiques

On retrouve, parmi les 100 dossiers étudiés, 9 dossiers dans lesquels figure un antécédent gynécologique pathologique. Les anomalies retrouvées correspondent à 5 antécédents de condylomes (tous traités), un antécédent de frottis présentant un ASCUS, un antécédent de frottis suspectant une dysplasie de bas grade (LSIL) et deux antécédents de dysplasies de haut grade (HSIL) traités tous deux par une conisation.



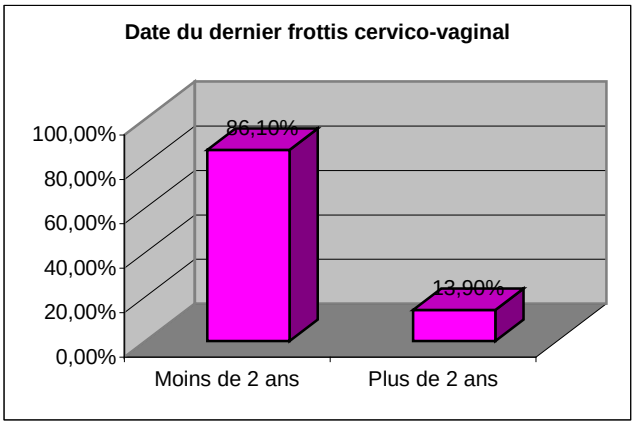


Vaccination contre certains types de virus HPV oncogènes

Aucune patiente de la population étudiée n'a été vaccinée contre certains types de virus HPV oncogènes.

- Antécédent de frottis cervico-vaginal

On retrouve une notion d'antécédent de frottis cervico-vaginal dans 72% des dossiers. Ces frottis dataient de moins de deux ans dans 86,1% des cas et de plus de deux ans dans 13,9% des cas.



- Les résultats des frottis cervico-vaginaux

Les résultats des derniers frottis cervico-vaginaux sont déclarés normaux par les patientes dans 94,4%.

On retrouve le résultat de ce dernier frottis cervico-vaginal dans 47,2% des dossiers. Il est normal dans 88,2% des cas où le résultat figure dans le dossier soit trois frottis anormaux sur 34 résultats figurants dans les dossiers. Les anomalies retrouvées sont deux ASCUS et une suspicion de dysplasie de bas grade (LSIL) avec une colposcopie normale. Pour ces trois frottis anormaux un contrôle est prévu par un frottis cervico-vaginal post-natal.

Il faut noter qu'un des résultats retrouvé dans le dossier est anormal (ASCUS) alors que la patiente le déclarait normal. A l'inverse, une patiente nous signalait un dernier frottis cervico-vaginal anormal alors que le résultat retrouvé était totalement normal.

- La recherche de la présence d'HPV oncogène

La recherche de la présence d'un HPV oncogène a été réalisée à trois reprises (pour chacune des trois anomalies retrouvées ci-dessus). Elle est revenue négative dans deux cas sur trois. Elle est revenue positive dans le cas d'un frottis présentant un ASCUS, sans antécédent gynécologique particulier.

Réalisation d'un frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse

Un frottis cervico-vaginal a été réalisé dans 51% des cas au cours de la grossesse.

Les résultats sont revenus normaux dans 98% des cas soit 50 résultats normaux sur 51 frottis cervico-vaginaux réalisés pendant la grossesse.

Le résultat qui est revenu anormal présentait une lésion de type ASCUS, une recherche d'HPV oncogène a été réalisée et est revenue positive. Une colposcopie a donc été réalisée qui ne mettait aucune lésion en évidence. Il a été prévu pour cette patiente de réaliser un contrôle par frottis cervico-vaginal en post-natal ainsi qu'une colposcopie.

Evaluation du dépistage de la population

Nous allons ici reprendre la même définition d'une prise en charge adéquate que lors de notre étude rétrospective.

C'est à dire que l'on définit **une prise en charge adéquate** par la réalisation d'un frottis au cours de la consultation :

- si la notion d'un frottis antérieur est inconnue
- si le délai entre la consultation et la date du dernier frottis est supérieur à 24 mois
- si le délai est inférieur à 24 mois mais que le résultat n'est pas disponible
- si le résultat antérieur est anormal

Dans le cas contraire, **la prise en charge n'est pas adéquate** :

- Par absence de frottis alors qu'il en fallait un : si la notion d'un frottis antérieur n'est pas connue, le délai supérieur à 24 mois ou le résultat précédant anormal.
- Par réalisation d'un frottis en excès : réalisation d'un frottis alors qu'on a un résultat antérieur normal de moins de 24 mois présent dans le dossier

- Prise en charge adéquate :

La totalité des 51 frottis cervico-vaginaux réalisés en cours de grossesse l'ont été à bon escient, aucun frottis n'a été réalisé par excès.

Dans 53% des situations (26 patientes sur 49) où la sage-femme ne réalisait pas de frottis pendant la grossesse, ce dernier n'était pas utile. C'est à dire que pour ces 26 patientes la notion de frottis cervico-vaginal antérieur était connue, que ce frottis datait de moins de 24 mois et que le résultat, présent dans le dossier, était normal.

Au total, **la prise en charge est jugée adéquate dans 77% des cas**.

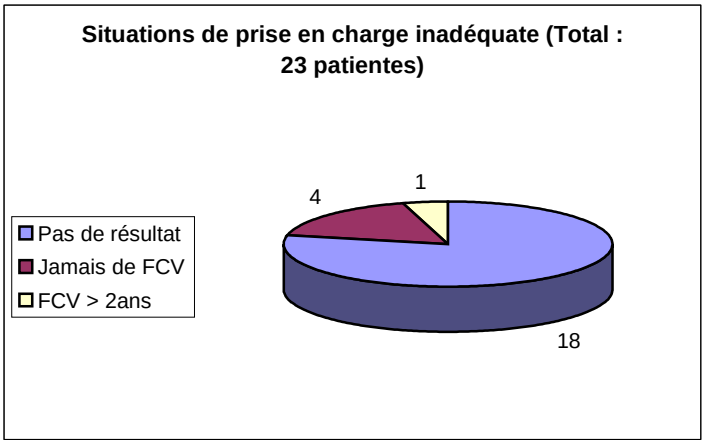
- Prise en charge inadéquate :

Sur les 49 situations où il n'a pas été réalisé de frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse, on note que 23 de ces situations en auraient nécessité un selon la définition d'une prise en charge adéquate détaillée ci-dessus. Ainsi, dans la population de femmes enceintes étudiée, **23% des prises en charges du dépistage du cancer du col sont inadéquates**.

Parmi ces prises en charges inadéquates, on note que dans 78% des cas (soit 18 patientes) le frottis cervico-vaginal n'a pas été réalisé alors que le résultat du frottis antérieur, datant de moins de 24 mois, ne figure pas dans le dossier.

Dans 17% des cas (soit 4 patientes) aucun frottis cervico-vaginal n'a été réalisé au cours de la grossesse alors que la patiente n'a jamais eu de suivi gynécologique auparavant et n'a donc jamais eu de frottis.

Pour une des patientes (soit 5%) il n'y a pas eu de frottis réalisé alors que le dernier frottis cervico-vaginal datait de plus de 24 mois (plus de quatre ans).



4.2.7. Conclusion

Les données épidémiologiques :

Les premiers résultats de cette étude confirment que la population des femmes enceintes appartient à une population à risque de développer une dysplasie cervicale.

En effet **dans 35% des cas, les patientes sont âgées de plus de 30 ans** et donc appartiennent à la tranche d'âge à risque élevé de dysplasie. En effet, il est retrouvé que le pic d'incidence maximum des dysplasies cervicales est atteint pour une population de femmes âgées de 30 à 45ans. [(6)]

Dans la population étudiée, on note **48% de fumeuses**. Nous savons que le tabac constitue à lui seul un facteur de risque important. Dans la littérature, il est rapporté qu'une femme fumeuse a 2 fois plus de risques de développer des lésions précancéreuses qu'une femme non fumeuse. [(20)(21)]

Concernant le dernier frottis réalisé, on retrouve cette notion dans 72% des dossiers. Ces frottis dataient de moins de deux ans dans 86,1% des cas et de plus de deux ans dans 13,9% des cas. On retrouve le résultat de ce dernier frottis cervico-vaginal dans 47,2% des dossiers. Il est normal dans 88,2% des cas où le résultat figure dans le dossier.

On remarque ici que :

- 28% de la population étudiée ne bénéficie pas d'un dépistage du cancer du col.
- Dans la population bénéficiant d'un dépistage du cancer du col, 13,9% des patientes (soit 10% de la population générale) ont un dernier frottis datant de plus de 24 mois qui nécessite donc d'être renouvelé.
- Pour 52,8% des patientes ayant bénéficié d'un dépistage (soit 38% de la population générale), le résultat de ce dernier ne figure pas dans le dossier obstétrical.
- De plus, 1,8% des patientes ayant bénéficié d'un dépistage (soit 4% de la population générale) présentent un frottis anormal et requièrent donc un contrôle au cours de la grossesse ou dans le post-partum.

Au total, environ **76% de la population étudiée nécessite la réalisation d'un frottis cervico-vaginal au cours du suivi obstétrical**.

Les sages-femmes de consultation ont réalisé un frottis au cours de la grossesse chez 51% de la population étudiée.

On remarque ici une légère discordance entre le nombre de frottis réalisés en consultation et le nombre de frottis attendus.

D'autre part, un des frottis réalisés pendant la grossesse révélait une lésion de type ASCUS avec la présence d'un type de virus HPV oncogène. Ce dépistage a permis de mettre en place une surveillance de la patiente. Un frottis cervico-vaginal ainsi qu'une colposcopie seront réalisés en post-partum. Ceci souligne à nouveau **l'utilité du dépistage du cancer du col pendant la grossesse**.

Il faut noter qu'**aucune patiente de la population étudiée n'a été vaccinée** contre certains types de virus HPV oncogènes. L'arrivée de ce vaccin étant encore trop récente pour concerner la population de femmes enceintes étudiée ici.

La validité de l'interrogatoire de la patiente :

Les résultats des derniers frottis cervico-vaginaux sont déclarés normaux par les patientes dans 94,4%. Bien que notre échantillon de population reste restreint nous pouvons déjà observer certaines incohérences entre les données fournies par les patientes et la réalité des résultats.

Qu'il s'agisse d'une sous déclaration (face à une patiente qui annonce un résultat normal alors qu'il ne l'est pas) ou d'une sur déclaration (face à une patiente présentant son frottis comme anormal alors que le résultat est normal), les deux situations auraient entrainé une erreur de prise en charge si le résultat n'avait pas été contrôlé.

En effet si la sage-femme avait pensé le premier frottis normal, il n'y aurait pas eu de contrôle réalisé. Inversement, face à la patiente lui assurant que son frottis est anormal, la sage-femme aurait initié des actions plus ou moins invasives, couteuses et inutiles.

Ces exemples appuient l'**utilité de la vérification systématique des résultats** de frottis cervico-vaginal.

Evaluation de la prise en charge :

Selon les critères que nous avons définis, la prise en charge du dépistage du cancer du col **est jugée adéquate dans 77%** des cas et **inadéquate dans 23% des cas**.

Les prises en charges inadéquates sont en grande majorité constituées par l'absence de réalisation de frottis cervico-vaginal alors que le résultat du dernier frottis de la patiente n'est pas disponible dans le dossier. Ceci représente 78% des cas.

4.3. Conclusion de l'évaluation des actions

Les actions entreprises nous ont permis d'obtenir des résultats plutôt satisfaisants. En effet, nous avons eu un très bon retour de notre intervention auprès des sages-femmes. Elles ont toutes été satisfaites du contenu et de la qualité de l'information. Elles sont nombreuses à vouloir améliorer leurs pratiques.

D'autre part, les résultats de la fiche de recueil d'information sont encourageants. En effet, les informations requises permettent aux sages-femmes de penser à questionner la patiente sur son suivi cytologique et à mettre en place par la suite un dépistage adéquat.

Nous observons également, dans nos résultats, un taux de prise en charge adéquate proche de 80% dans la population étudiée. Dans l'étude rétrospective de juillet 2007, ce taux dépassait à peine les 40%.

L'amélioration du taux de prise en charge adéquate laisse supposer que les biais observés dans la première étude ont été atténués par la mise en place de notre fiche de recueil d'information. En effet, cette fiche a instauré les rubriques qui faisaient défaut en juillet 2007 et permet aux sages-femmes de penser à inclure ces informations dans l'anamnèse qu'elles réalisent à la première consultation. Lorsque ces informations sont demandées, il est ainsi plus simple pour la sage-femme de penser à réaliser ce dépistage s'il est nécessaire. De plus, l'information est, du fait de la fiche, plus souvent retrouvée dans le dossier alors qu'en juillet 2007 cette information n'était que très rarement retrouvée (dans moins de 40% des dossiers).

Nous pouvons également supposer que notre intervention a eu le rôle souhaité de sensibilisation des sages-femmes à l'importance de la réalisation du dépistage en leur apportant les informations nécessaires à une prise en charge adéquate.

L'évaluation de nos actions a cependant été limitée par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le taux de remplissage de nos fiches de recueil n'est pas de 100%, en effet dans près d'un tiers des dossiers étudiés, la fiche de recueil d'information est retrouvée vierge et les informations recherchées ne figurent nul part dans le dossier. Nous pouvons donc supposer que notre intervention et notre fiche de recueil ne sont pas, à eux seuls, suffisant pour sensibiliser la totalité des professionnelles à la nécessité de ce dépistage.

D’autre part, notre étude prospective ne portait que sur une période et un nombre de dossiers limités (100 dossiers en 4 mois), nos résultats ne sont donc que le reflet de cette période donnée. Pour obtenir des résultats plus représentatifs de la population générale des patientes suivies dans le service de consultation d’obstétrique de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, il faudrait poursuivre cette étude à plus long terme.

5. PROPOSITIONS D'AMELIORATION / AVENIR

Le taux de prise en charge adéquate, bien que satisfaisant, pourrait encore être amélioré. Il est rappelé qu'un peu plus de 20% des prises en charges sont jugées inadéquates. Ce taux pourrait être réduit de presque 80% si le résultat du dernier frottis cervico-vaginal était vérifié systématiquement et apparaissait dans le dossier obstétrical. Nous pouvons ici mettre en évidence une piste d'amélioration à étudier en imaginant, par exemple, une solution pour **faciliter l'accès à ces résultats**. En effet, il n'est pas toujours facile à une sage-femme de se procurer le résultat du dernier frottis s'il n'est pas en possession de la patiente.

Si nous considérons le retour que nous avons eu de notre intervention, nous démontrons qu'elle a été intéressante et utile à toutes les sages-femmes présentes. Elle a également permis de mettre à jour les connaissances et les pratiques de chacune. Cette action ne doit pas être uniquement ponctuelle, **il serait intéressant de la renouveler** d'ici quelques années afin de mettre à jour les connaissances des professionnels à la lumière des avancées médicales mais également afin de faire un rappel sur l'importance de ce dépistage.

La mise en place de notre fiche de recueil a permis d'améliorer l'utilisation du dossier obstétrical et donc la qualité de la prise en charge des patientes concernant le dépistage du cancer du col. Cette fiche nous amène à nous demander si la **conception du dossier obstétrical** ne peut pas être améliorée par l'ajout de rubriques concernant le dépistage du cancer du col dans les antécédents personnels gynécologiques de la patiente ainsi qu'une rubrique concernant la réalisation d'un frottis cervico-vaginal pendant la grossesse dans les examens de dépistage de grossesse.

D'autre part, afin d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population générale des patientes suivies dans le service de consultation d'obstétrique de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, **l'étude prospective va être poursuivie** sur un an au minimum par Dr Routiot. Celle-ci permettra également d'évaluer prospectivement au sein de l'unité de consultation l'application des recommandations nationales sur la réalisation des frottis cervicaux dans la population des femmes enceintes. Cette étude concernera aussi bien pour les médecins que les sages-femmes et

permettra d'établir la validité de l'interrogatoire des patientes concernant leur suivi cytologique ainsi que des données épidémiologiques sur le suivi cytologique des patientes en âge de procréer.

Dans l'actualité législative récente, il est important de noter que le **projet de loi sur la réforme de l'hôpital** et relatif aux patients, à la santé et aux territoires modifie le code de santé publique en incluant, au chapitre concernant « les examens de prévention durant et après la grossesse » [1], la réalisation du frottis cervico-vaginal par la sage-femme (dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé). Ce dépistage n'était, jusqu'alors, qu'implicite dans les recommandations de l'ANAES.

Cette modification est explicitée dans le projet de loi au niveau du titre VI « Éducation thérapeutique et actions d'accompagnement du patient », Chapitre II, Article 22 bis (nouveau) et se formule ainsi :

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

(Un extrait du projet de loi sur la réforme de l'hôpital est proposé en ***Annexe VI***.)

Si ces modifications sont acceptées, elles impliqueront légalement la sage-femme dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

[1] Chapitre II de la Partie législative, Deuxième partie, Livre Ier, Titre II.

Conclusion

Par ce mémoire nous avons souhaité, grâce à la mise en place de nos différentes actions, améliorer la qualité du dépistage du cancer du col réalisé par les sages-femmes au cours du suivi obstétrical à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Nous avons commencé par établir un état des lieux de la situation concernant le dépistage du cancer du col à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Nous en avons fait ressortir une difficulté d'application des recommandations nationales concernant le dépistage du cancer du col par les sages-femmes pendant la grossesse. Celle-ci est due notamment à la conception même du dossier médical ainsi que la formation et l'information des sages-femmes. L'objectif des actions entreprises par la suite était donc de remédier à ces problèmes en modifiant le dossier obstétrical ainsi qu'en organisant la formation des sages-femmes des consultations obstétricales.

Nos objectifs ont été en grande majorité atteints et le taux de pratiques adéquates relevé au final était de l'ordre de 80%, ce qui, pour nous, est réellement satisfaisant. Mais il reste encore des améliorations à apporter et il faut poursuivre le travail de sensibilisation des professionnels à l'importance de ce dépistage.

Sur ce point, la législation aura son rôle à jouer : Les projets de loi actuellement en discussion à l'Assemblée Nationale tendent à placer la sage-femme comme un des acteurs principaux du dépistage du cancer du col au côté des gynécologues-obstétriciens. En effet, au sein du projet de loi sur la réforme de l'hôpital, juste après l'alinéa incluant la réalisation du FCV dans les examens de dépistage de la grossesse, on retrouve un passage précisant que « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

Cet alinéa, marque une progression des compétences de notre profession, impliquant ainsi les sages-femmes dans le dépistage du cancer du col, non seulement chez la femme enceinte, mais également dans le reste population féminine.

Abréviations

- **MRAP** : Maternité Régionale Adolphe Pinard
- **HPV** : Papillomavirus Humain
- **CIRC** : Centre International de Recherche sur le Cancer
- **OMS**: Organisation mondiale de la santé
- **ANAES**: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **FCV**: Frottis Cervico-Vaginal
- **CIN1**: Cervical Intraepithelial Neoplasia (de grade 1)
- **ADN** : Acide DésoxyriboNucléique
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **DIM** : Département d'Information Médicale

BIBLIOGRAPHIE

1. C. QUEREUX, J.P. BORY. Dysplasies du col : diagnostic, traitement. Réalités en gynécologie obstétriques, septembre 2005, N°5, pp 7-11.

2. C. EXBRAYAT. Le col de l'utérus. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Réseau français des registres du cancer, Francim Hôpitaux de Lyon, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Institut de Veille Sanitaire. Disponible sur:
http://www.invs.sante.fr/publication/2003/rapport_cancer_2003/p107_coluterus.pdf

3. Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, Mai 2004. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/uplaod/docs/application/pdf/HPV_synth.pdf

4. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Recommandation pour la pratique clinique. Septembre 2002. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf

5. A. ROUSSEAU, P. BOHET, J. MERLIERE, H. TREPPOZ, B. HEULES-BERNIN, R. ANCELLE-PARK. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. BEH 2002 ; 19 : 81-83.

6. J.L. LEROY. Jusqu'à quel âge poursuivre les frottis cervicaux de dépistage. Journées de techniques avancées en gynécologie et obstétrique PMA périnatalité et pédiatrie de 2001, Collège de gynécologie. Hôpital Jeanne de Flandre. CHRU de Lille. Disponible sur : *http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=94*

7. J. LANSAC, P. LECOMTE, H. MARRET, Gynécologie. Edition: 7. Elsevier Masson, 2007. 574 p, pp 21-22

8. M-C VACHER-LAVENU. Frottis cervico-utérins, biopsie de col et d'endomètre. Traité de gynécologie. Editions Médecine-Sciences Flammarion. Janvier 2005, 571p, pp 45-49.

9. I. CARTIER. Frottis conventionnel versus frottis en milieu liquide : les deux techniques ont des performances équivalentes. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Juin 2006. Vol 35, n°4, pp 231-233.

10. L. SELLERET, P. MATHEVET. Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Février 2008, 37S, S131-S138.

11. S. DOUVIER, L. FILIPUZZI, P. SAGOT: Management of cervical intra-epithelial neoplasm during pregnancy. Gynecol Obstet Fertil. Octobre 2003; 31(10):851-855.

12. T.S. SIDDIQ, J.P. TWIGG, R.H. HAMMOND. Assessing the accuracy of colposcopy at predicting the outcome of abnormal cytology in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Janvier 2006; 124(1): 93-97.

13. E.M. BURD. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. Clin Microbiol Rev, janvier 2003; 16(1): 1-17.

14. M. FRISCH, B. GLIMELIUS, A.J.C. VAN DEN BRULE, N Engl J Med. 1997;337:1350-1358

15. D. RIETHMULLER, R. RAMANAH, J-L. PRETET, C. MOUGIN. Intégration du test HPV dans le dépistage primaire. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Février 2008, 37S, S139-S151.

16. Pr MOUITHYS G. Apport des tests HPV dans le dépistage, traitement et surveillance des CIN. Cours inter-régions Rouen 2004. CHU d'Amiens Picardie.

17. M. LEHTINEN, J. PAAVONEN, V. VONKA. Human papillomavirus infection of the cervix: its transmission, management during pregnancy and future vaccine development. Viral infection in pregnancy. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, août 2002. pp 169-177.

18. J.C. BOULANGER, J. GONDRY. De la bonne pratique du dépistage du cancer du col utérin. Références en Gynécologie Obstétrique, 1996, 4, n°1, pp 75-84.

19. X. SASTRE GARAU, B. ASSELAIN, C. BERGERON, I. CARTIER, M. SOUQUES. Pathologie précancéreuse du col de l'utérus. Bull Cancer, 1996,83, pp 400-406.

20. N. DUPORT. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus, InVS, octobre 2006. Disponible sur :

http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_col_uterus_connaissances/cancer_col_uterus_%20connaissances.pdf

21. D. QUERLEU, E. LEBLANC. Cancer du col utérin. Traité de gynécologie. Editions Médecine-Sciences Flammarion. Janvier 2005, 571p, pp 350-359.

TABLE DES MATIERES

Sommaire **3**

Introduction **6**

Partie 1 ..... **7**

1. Anatomie **8**

2. Histologie **9**

2.1. Histologie du col normal. 9
2.1.1. Portion exocervicale: 9
2.1.2. Portion endocervicale : 9
2.1.3. La zone de jonction : 10
2.2. Histologie du col au cours de la grossesse. 11

3. Le frottis cervico-vaginal **12**

3.1. Frottis conventionnel (ou de Papanicolaou). 12
3.2. Frottis en milieu liquide. 12
3.3. Conditions optimales pour la réalisation d'un frottis cervico-vaginal. 13
3.4. Frottis conventionnel de Papanicolaou ou frottis en milieu liquide ? 13
3.5. Le frottis pendant la grossesse. 14

4. Le papillomavirus humain (HPV) **15**

4.1. Généralités 15
4.2. HPV et cancer du col de l'utérus 16
4.3. HPV et grossesse 17

5. Dysplasies du col de l'utérus **18**

5.1. Le classement des dysplasies 18
5.2. L'apport du dépistage cytologique 19
5.2.1. Classification cytologique : 19
5.2.2. Conduite à tenir face à ces anomalies 20
5.2.3. Chez la femme enceinte 21
5.3. Evolution des lésions 21
5.3.1. En général 21
5.3.2. Pour la femme enceinte 22

6. Cancer du col de l'utérus **23**

6.1. Facteurs de risques 23
6.2. Histopathologie 23
6.2.1. Carcinomes épidermoïdes 24
6.2.2. Adénocarcinomes 24
6.3. Evolution naturelle 24
6.4. Le diagnostic 24

7. Les traitements **25**

7.1. En général 25
7.1.1. Les lésions intra-épithéliales de bas grade 25
7.1.2. Les lésions intra-épithéliales de haut grade 25
7.1.3. Le cancer invasif 25
7.2. Pendant la grossesse 26
7.2.1. Les lésions intra-épithéliales de bas ou de haut grade 26
7.2.2. Le cancer invasif 26

Partie 2 : Vers une amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la MRAP 28

1. Méthodologie d'action 29

1.1. Le premier point 29
1.2. Le deuxième point 29
1.3. Le troisième point 30
1.4. Le quatrième point 30

2. L'Etat des lieux 31

2.1. Les objectifs de l'état des lieux 31
2.2. L'enquête 31
2.2.1. Caractéristiques de l'étude 31
2.2.2. Population étudiée 31
2.2.3. Accès aux dossiers médicaux 32
2.2.4. Description des données collectées 32
2.2.5. Traitement des données 32
2.2.6. Les résultats 33
Consultants 33
Réalisation antérieure d'un frottis 33
Réalisation d'un frottis au cours de la consultation 33
Prise en charge adéquate 33
Descriptive bivariée 34
2.2.7. Conclusion 35
2.3. Les entretiens 36
2.3.1. La mise en place des entretiens 36
2.3.2. Caractéristiques des entretiens 36
2.3.3. Description des données collectées 36
2.3.4. Les résultats 36
Les participantes 36
Les pratiques professionnelles 37
L'évolution des pratiques 38
Leur formation 38
L'influence de l'arrivée des vaccins contre certains types d'HPV oncogènes 38
2.3.5. Conclusion 38
2.4. Conclusion de l'état des lieux 40

3. Stratégies d'amélioration du dépistage du cancer du col par les sages-femmes a la MRAP 41

3.1. La fiche de recueil d'information 41
3.1.1. Caractéristiques de la fiche 41
3.1.2. Population concernée 41
3.1.3. Objectifs de la fiche de recueil 42
3.1.4. Description des données collectées 42
3.2. La matinée de formation 43
3.2.1. Objectifs de l'intervention 43
3.2.2. Caractéristiques de l'intervention 43
3.2.3. Description de l'intervention 44

4. Evaluation des actions 45

4.1. La fiche d'évaluation de l'intervention 45
4.1.1. Caractéristiques de la fiche d'évaluation 45
4.1.2. Description des données collectées 45
4.1.3. Les résultats 46
Participantes 46

Utilité de l'intervention 46
Changements engendrés 46
Les formations 47
4.1.4. Conclusion 47
4.2. La fiche de recueil d'information 48
4.2.1. Caractéristiques de l'étude 48
4.2.2. Population étudiée 48
Critères d'inclusion : 48
Critères d'exclusion : 48
4.2.3. Description des données collectées 48
4.2.4. Modalité de recueil et d'informatisation des données 49
4.2.5. Limites de l'étude 49
4.2.6. Résultats de l'étude 50
Caractéristiques générales de la population 50
Tabac 50
Antécédents gynécologiques 50
Vaccination contre certains types de virus HPV oncogènes 50
Le dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population 51
Réalisation d'un frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse 52
Evaluation du dépistage de la population 52
4.2.7. Conclusion 54
Les données épidémiologiques : 54
La validité de l'interrogatoire de la patiente : 55
Evaluation de la prise en charge : 56
4.3. Conclusion de l'évaluation des actions 57
5. Propositions d'amélioration / avenir 59
Conclusion 61
Abréviations 62
Bibliographie 63
TABLE DES MATIERES 66
***Annexes* ..... I**

ANNEXES

ANNEXE I :

Frottis cervico-vaginal : Etude des pratiques professionnelles

(Les entretiens)

Sage femme n° ___

1- Lors de l'anamnèse de la patiente, demandez-vous systématiquement la date de la réalisation du dernier FCV ? OUI NON

2- Demandez-vous le résultat à la patiente ? OUI NON

3- Demandez-vous à voir ce résultat ? OUI NON

4- Si oui, le consignez-vous dans le dossier ? OUI NON

5- Réalisez-vous systématiquement un FCV en début de grossesse ?
OUI NON

6- Sinon, dans quelles situations réalisez-vous un FCV en début de grossesse ?
-
-

7- Précisez-vous l'état gravide de la patiente sur la feuille de demande d'examen ?
OUI NON

8- Si vous ne réalisez pas de FCV, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ?
-
-

9- Si le FCV n'a pas été réalisé lors de la grossesse, en réalisez-vous un lors de la consultation post-natale ? OUI (systématiquement) OUI (au besoin) NON

10- Pour vous, y a-t-il un intérêt à réaliser ce dépistage ?
OUI NON

11- Si oui, lequel ?

12- Vos pratiques concernant le FCV ont-elles évolué au cours des années ?
OUI NON

13- Si oui, comment ?

14- L'arrivée des vaccins contre certains types d'HPV oncogènes et la campagne d'information l'accompagnant ont-elles influencé vos pratiques ?
OUI NON

15- Si oui, comment ?

16- Quelle formation avez-vous reçue pour la réalisation des FCV ?

ANNEXE II :

Powerpoint de l’intervention

FCV, dysplasies, HPV et grossesse

Dr Routiot
M. Pisaneschi

Dépistage

- Moment idéal pour dépister ?
  - Grossesse = passage obligé / gyn et SF
  - Grossesses de plus en plus souvent tardives
    - 1ère grossesse en France à 29 ans – pic des dysplasies (30 – 45 ans)

Causes

- Action de la progestérone

→Dépression de l'immunité cellulaire

Dépistage

- Moment idéal pour dépister ?
  - Grossesse = passage obligé / gyn et SF
  - Grossesses de plus en plus souvent tardives
    - 1ère grossesse en France à 29 ans – pic des dysplasies (30 – 45 ans)

Le FCV pendant la grossesse

- Imprégnation hormonale: modifications cytologiques
  - Cellules naviculaires
  - Hyperplasie
  - Inflammation
- Extériorisation de la zone de jonction
- FC = même efficacité pendant la grossesse
  - Sous estimation 21%
  - Surestimation 24%

Quand réaliser un FC ?

- Si pas de surveillance avant la grossesse
- Si dernier FC > 2 ans
- Si dernier FC pathologique

FC anormaux pendant la grossesse

- Fréquence 1% dont 0,5% de dysplasies
- Valeur prédictive du FC augmente avec l'importance de la dysplasie
  - FC bas grade: colposcopie non obligatoire
  - FC haut grade: colposcopie impérative

La colposcopie

- Modifications cervicales de + en + importante au cours de la grossesse (œdème, hypervascularisation…) → difficulté
- Tendance à surestimer la gravité des lésions (décidualisation, inflammation, hypervascularisation…)

La biopsie

- Indispensable au diagnostic
- Bonne corrélation avec l'aspect colposcopique (73 à 95%)
- Risques:
  - Hémorragique (0 à 5%): bien jugulée par le tamponnement
  - Obstétricaux (CU, FC,MAP): quasi nuls

La CAT

Ne pas sous traiter mais aussi ne pas imposer un ttt inutilement dangereux pour la grossesse

CAT: Néoplasie intraépithéliale de haut ou de bas grade (1/2)

- L'abstention est la règle
  - Les lésions dysplasiques ne sont pas hormonodépendantes
- Colposcopie 2 mois après l'accouchement +++

CAT (2/2)

- Si patiente non sensibilisée: 30% non revues
- L'accouchement par les voies naturelles est possible

Evolution des lésions

- Stabilité ou régression après l'acct.
- 30 à 40% de régression
- Surtout si lésion de bas grade

Rq: on note quand même une aggravation dans 10% des cas.

CAT: Cancer

- Micro invasif sans emboles
  - **Micro-invasif IA1, avec une profondeur d'invasion inférieure à 3 mm**
  - Conisation après pose d'un cerclage à visée hémostatique
    - Risque de perte de la grossesse
    - Risque hémorragique maternel (Penser aux Anti-D)
    - Risque RPM, acct préma (+ tard dans la grossesse)
  - On peut laisser évoluer la grossesse
  - AVB possible

CAT si cancer

- **Micro-invasif IA2, avec une extension comprise entre 3 et 5 mm de profondeur ou emboles**
- risque d'atteinte ganglionnaire est de l'ordre de 1 à 8 %.
- Conisation puis Coeliocurage
  - Si N- STOP
  - Si N+ Arrêt de la grossesse

CAT si cancer

- Invasif
  - Le standard est l'arrêt de la grossesse puis traitement conventionnel selon le stade

Les lésions de la vulve, du vagin et de l'anus

Condylomes

- Formes végétantes le plus souvent
- HPV 6 et 11 principalement
- La grossesse favorise
  - Le caractère extensif
  - Le caractère multifocal

Condylomes

- Conséquences maternelles
  - Surinfection
  - Dysurie
  - Troubles de la défécation
  - Fragilité des tissus
  - Dystocie mécanique (rarissime en dehors des patientes immunodéprimées)

Condylomes

- Conséquences foetales
  - Liées le plus souvent à une surinfection
    - Fausses couches
    - MFIU
    - RPM
    - Chorioamniotite

Condylomes

- Traitement
  - Souvent difficile
  - 2 buts
    - Limiter le risque de transmission mère / enfant
    - Eviter une césarienne
  - 1er et 2ème T
    - Aldara°, cryothérapie
    - Podophylline contre-indiquée

Condylomes

- Traitement
  - 3ème T
    - Vaporisation laser est le traitement de choix
    - Sous AG ou rachi anesthésie
    - Récidive moins fréquente par rapport aux traitement médicaux (5 versus 33%)
    - Période de choix (28 à 32 SA)
      - Cicatrisation
      - Éventuelle 2ème séance

La transmission mère / enfant des HPV

Transmission

- Il y a généralement transmission de l'infection HPV de la mère à l'enfant au cours de l'accouchement par voie basse
- HPV retrouvé dans 40% des liquides gastriques si mère porteuse
- Elimination du virus plusieurs mois après naissance fréquente
- Contamination possible à travers les membranes, hématogène à travers le placenta ou post natale

Papillomatose respiratoire récidivante juvénile

- Est une tumeur bénigne du larynx, de la trachée et des cordes vocales qui peut affecter tant les adultes que les enfants
- Souvent asymptomatique mais peut aller → ins. resp aiguë.
- HPV 6 et 11 (HPV6c +++)
- Le risque pour un enfant avec une mère HPV 6 et/ou 11 positive est relativement faible (1/80 – 1/1500)

Papillomatose laryngée

- Lésions souvent multiples
  - Larynx
  - Trachée
  - Poumons
  - Pharynx

- Modification de la voix, toux chronique, stridor
- Dyspnée et ins respiratoire rare

Césarienne?

- Contamination anténatale possible reconnue
- Atteintes respiratoires restent très rares

→ Césarienne non préconisée (sauf devant lésion condylomateuse volumineuse ou étendue)

Merci à tous pour votre attention

ANNEXE III:

Etude FCV et grossesse

(La fiche de recueil)

Etude FCV et grossesse

Etiquette

1. Date : _____

2. Antécédents :

□ FCV (autre qu'en 5.) :

□ Dysplasie de bas grade □ Dysplasie de haut grade Année : ____

□ Biopsie cervicale:

□ CIN 1 □ CIN 2 □ CIN 3 □ Autre : _____ Année : ____

□ Laser Année : ____

□ Conisation :

□ CIN 1 □ CIN 2 □ CIN 3 □ Autre : _____ Année : ____

- Âge des premiers rapports et nombre de partenaires

3. Vaccin anti-HPV :

□ oui Année : _____

□ non

4. Date du dernier FCV : selon la patiente : / / réel : / /

Résultat :

selon la patiente :

selon anapath :

□ Normal

□ Déclaré comme anormal par la patiente, mais résultat non disponible

□ Anomalies des cellules malpighiennes :

□ ASC-US *(anomalies de signification indéterminée)*

□ ASC-H *(anomalies ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade)*

□ LSIL *(lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade, regroupant les lésions autrefois dénommées : lésions à HPV/condylome, dysplasie légère, CIN1)*

□ HSIL *(Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade, regroupant les lésions autrefois dénommées : dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3 et CIS)*

□ Carcinome malpighien

□ Anomalies des cellules glandulaires :

□ AGC *(atypies des cellules glandulaires)*

□ endocervicales

□ endométriales

□ sans autre indication

□ Atypies en faveur d'une néoplasie

□ endocervicale

□ endométriale

□ sans autre indication

□ Adénocarcinome endocervical in-situ

□ Adénocarcinome

□ endocervical

□ endométrial

□ extra-utérin

□ sans autre indication

_____

Recherche d'HPV réalisée ? :

□ oui Résultat : _____

□ non

6. FC pendant la grossesse □ oui □ non

si non : raison

ANNEXE IV :

Fiche d’évaluation de l’intervention

(*Le questionnaire*)

Mlle Mélanie PISANESCHI
Etudiante Sage-femme
4ème année de formation

Mesdames les sages-femmes des consultations de la maternité régionale de Nancy,

Je tenais tout d'abord à vous remercier de votre participation à l'intervention du Dr Routiot et de moi-même concernant les infections à HPV et le frottis cervical au cours de la grossesse. Le support écrit de cette intervention sera mis à votre disposition au plus vite.

D'autre part, vous trouverez ci-joint une fiche d'évaluation afin que vous puissiez me donner votre avis sur cette intervention. N'hésitez pas à rajouter tous les commentaires nécessaires.

Une enveloppe intitulée « Intervention HPV et grossesse » sera disponible au secrétariat afin que vous puissiez déposer cette fiche une fois remplie.

En vous remerciant par avance du temps que vous me consacrerez, veuillez agréez, Mesdames, mes sincères salutations.

Mélanie Pisaneschi

Fiche d'évaluation de l'intervention HPV et grossesse

1. Avez-vous participé à cette intervention ? OUI NON

2. Avez vous déjà eu d'autres formations à ce sujet ? OUI NON
   Si oui, lesquelles ?
   _____
   _____

Si vous avez participé à l'intervention :

3. Selon vous, est-ce que cette intervention était nécessaire ? OUI NON
   Si non, pourquoi ?
   _____
   _____

4. A-t-elle répondue à vos attentes ? OUI NON
   Si non, pourquoi ?
   _____
   _____

5. Les informations apportées étaient-elles suffisantes ? OUI NON
   Si non, qu'auriez vous aimé que l'on vous apporte de plus ?
   _____
   _____
   _____

6. Après cette intervention, allez-vous changer certaines choses dans la prise en charge de vos patientes ? OUI NON
   Si oui, lesquelles ?
   _____
   _____
   _____
   Si non, pourquoi ?
   _____
   _____

7. Commentaires :
   _____
   _____
   _____
   _____

MERCI.

ANNEXE V :

Classification de Bethesda 2001

SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (résumé)

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT :

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

INTERPRÉTATION/RÉSULTAT :

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (NIL/M).

S'il y a lieu, préciser :

→ **Présence de micro-organismes** : Trichomonas vaginalis ; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex.

→ **Autres modifications non néoplasiques** : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; atrophie.

- Anomalies des cellules malpighiennes :

→ **Atypies des cellules malpighiennes** (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H).

→ **Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade** (LSIL), regroupant koïlocytes/dysplasie légère/CIN 1.

→ **Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade** (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision).

→ **Carcinome malpighien**.

- Anomalies des cellules glandulaires :

→ **Atypies des cellules glandulaires** (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;

→ **Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie** : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;

→ **Adénocarcinome endocervical in situ** (AIS) ;

→ **Adénocarcinome.**

- Autres (liste non limitative) :

→ cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible, accompagnées de références.

ANNEXE VI :

Projet de loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire

TEXTE ADOPTÉ n° **245**

« Petite loi »

—

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

18 mars 2009

PROJET DE LOI

portant **réforme** *de* l'**hôpital** *et relatif aux* **patients**, *à la* **santé** *et aux* **territoires**,

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
EN PREMIÈRE LECTURE,
APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros : **1210** rect., **1441** et **1435**.

TITRE I^ER

MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Article 1^er A *(nouveau)*

[…]

« TITRE VI

« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

[…]

« Chapitre II

« Dispositions pénales

[Division et intitulé nouveaux]

« *Art. L. 1162-1 (nouveau)*. – Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme d'apprentissage sans l'autorisation prévue à l'article L. 1161-6 ou en violation d'une décision de suspension ou de retrait de cette autorisation. »

II. – Le chapitre I[er] du titre II du livre V de la première partie du même code est complété par un article L. 1521-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1521-5.* – Le titre VI du livre I[er] de la première partie est applicable dans les îles Wallis et Futuna sous réserve de l'adaptation suivante :

« À l'article L. 1161-3, les mots : "agence régionale de santé" sont remplacés par les mots : "agence de santé". »

III *(nouveau)*. – Un rapport sera présenté au Parlement avant le 31 décembre 2010 sur les conditions de mise en œuvre de la création d'un fonds national pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Article 22 *bis (nouveau)*

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé :

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

III. – À la deuxième phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du même code, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « , une sage-femme ».

IV. – Le II de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « d'un médecin ou d'une sage-femme » ;

2° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

3° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

4° À la deuxième phrase du deuxième alinéa, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien ».

V. – Après le mot : « prescrire », la fin du III de l'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigée : « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux ainsi que le suivi biologique nécessaire. »

VI. – Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

(Document complet disponible sur www.assemblee-nationale.fr)

LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL AU COURS DU SUIVI OBSTETRICAL

Démarche d'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus par les sages-femmes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Domaine : Obstétrique, Gynécologie

Thème : Dépistage du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse

Mots-clés : Cancer du col de l'utérus, Dysplasie cervicale, Frottis cervico-vaginal, Grossesse, Dépistage, Sage-femme

Résumé

Le cancer du col de l'utérus est classé au 8ème rang des cancers féminins et au 5ème rang en ce qui concerne les décès féminins, soit environ 1000 décès par ans en France. Le frottis cervico-vaginal est le moyen de dépistage recommandé par l'ANAES, or ce dépistage reste encore insuffisant en France. La grossesse, qui est un passage obligé chez la sage-femme (ou l'obstétricien), constitue un moment propice au dépistage. D'autant plus que la moyenne d'âge pour une première grossesse aujourd'hui en France est de 29 ans, ce qui place la population des femmes enceintes dans une tranche d'âge à risque élevé de dysplasie cervicale (30 à 45 ans).

Nous avons, dans ce mémoire, commencé par établir un état des lieux de la situation concernant le dépistage du cancer du col à la Maternité Régionale de Nancy. Il en est ressortit une difficulté d'application des recommandations nationales du fait de certains problèmes. Ces problèmes concernent notamment la conception même du dossier médical ainsi que la formation et l'information des sages-femmes. L'objectif des actions entreprises par la suite était donc de remédier à ces problèmes, d'abord ponctuellement au niveau de ce mémoire mais également à plus long terme.

Summary

Cervix cancer is the 8th most common female cancer and the 5th cause of female death (1000 death a year). Cervical smear is the recommended way of screening by the ANAES, however this screening is still insufficiently used. Pregnancy, which is a situation inevitably encountered by midwives (and obstetricians), is a favourable moment for screening. Moreover the first pregnancy is at the age of 29, which put the pregnant mothers population in an age bracket with high risks of cervical dysplasia (from 30 to 45 years old).

In this dissertation, we started with an assessment concerning the cervix cancer screening in the regional maternity hospital of Nancy. It showed up some difficulties of application of the national recommendations because of some problems. These problems concern notably the very conception of the medical files as well as trainings and information given to midwives. That is why the goal of the actions set about afterwards was to resolve these problems, at first selectively at level of this dissertation, but also at longer term.

Mémoire soutenu et présenté par Mélanie PISANESCHI née le 13/09/1985
Promotion 2009
Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz
Université Henri Poincaré, Nancy I