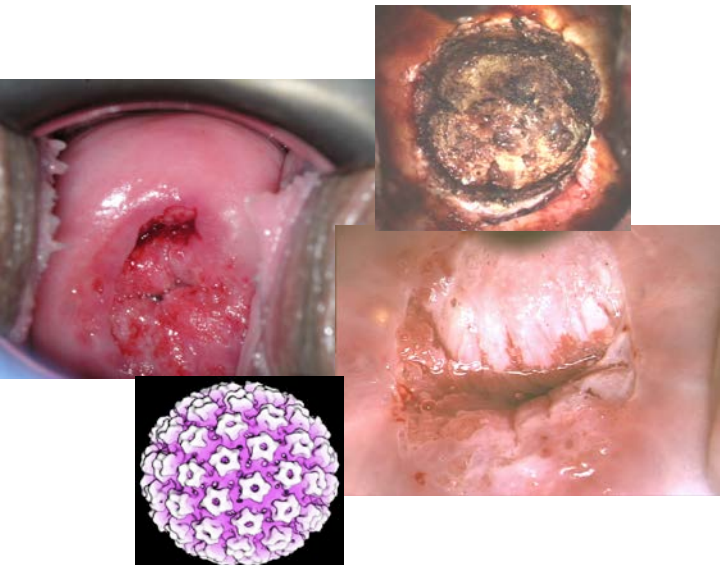


# Les CIN de haut grade des moins de 25 ans : Une prise en charge contestée

**Xavier Carcopino**

Service de Gynécologie Obstétrique  
Hôpital Nord, Marseille

[xcarco@free.fr](mailto:xcarco@free.fr)



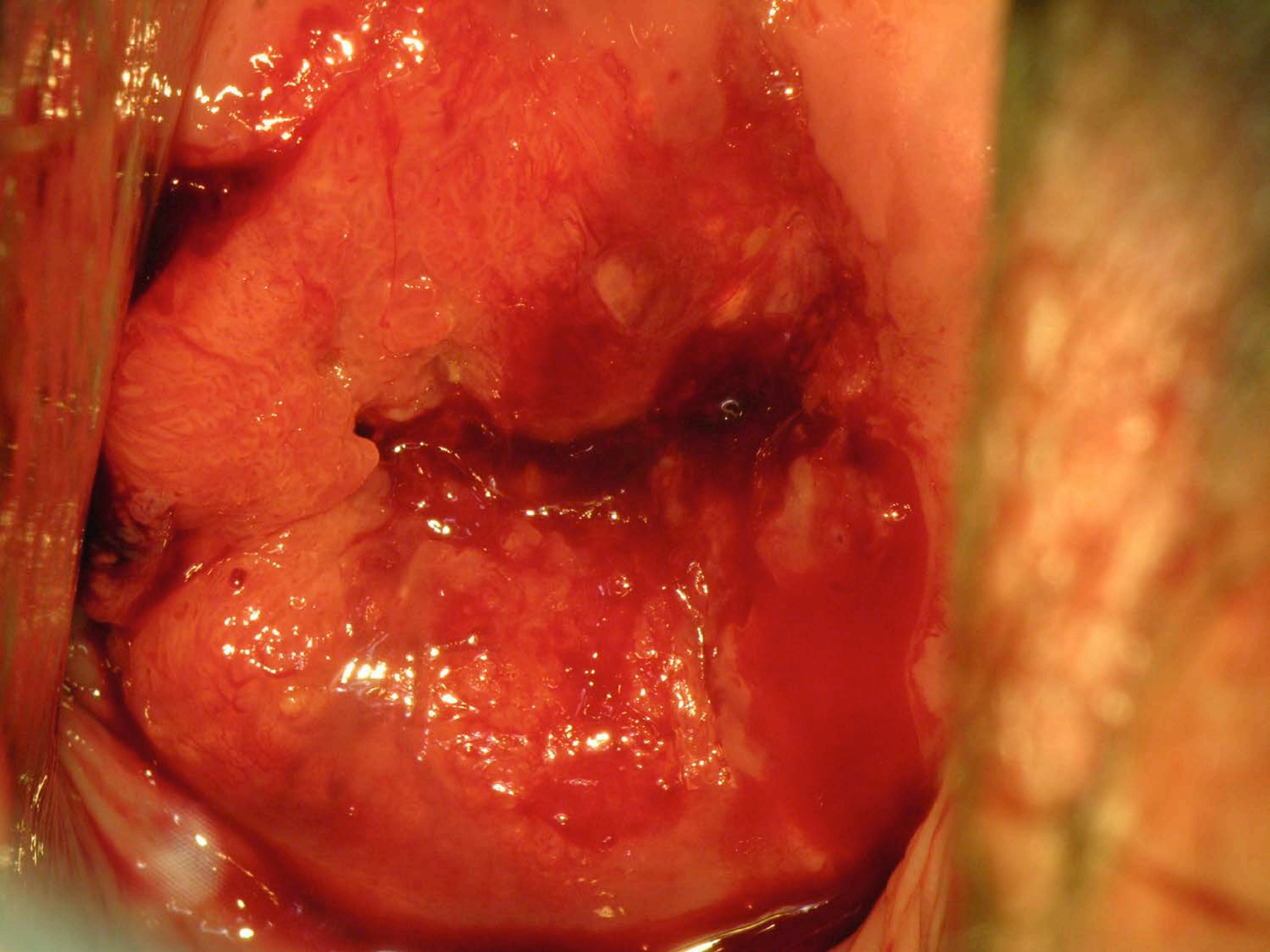
# LE FCV : OU, QUAND, COMMENT ?

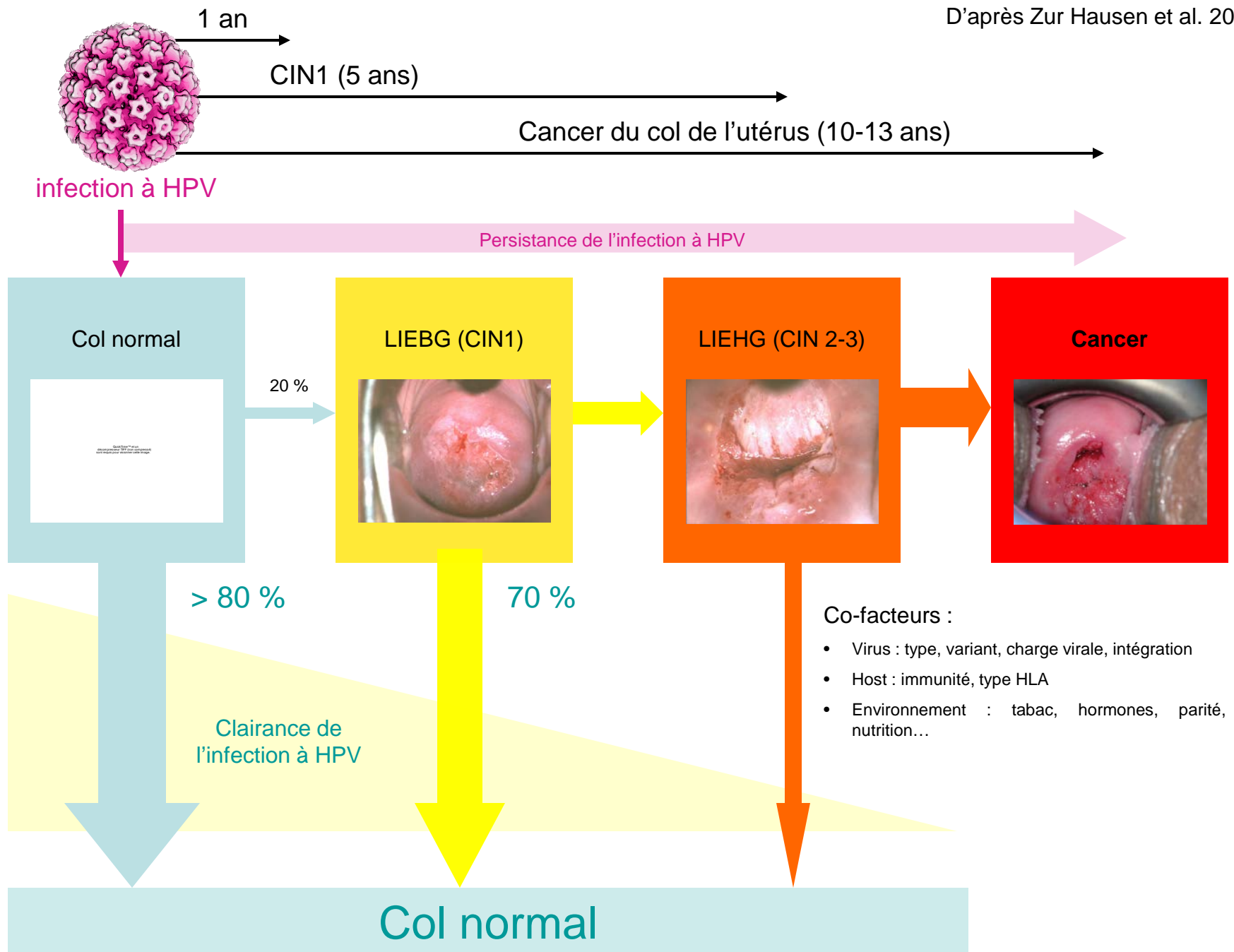
---

Conférence de consensus de Lille, 1990, 1994 et 2004.  
Recommandations de l'ANDEM

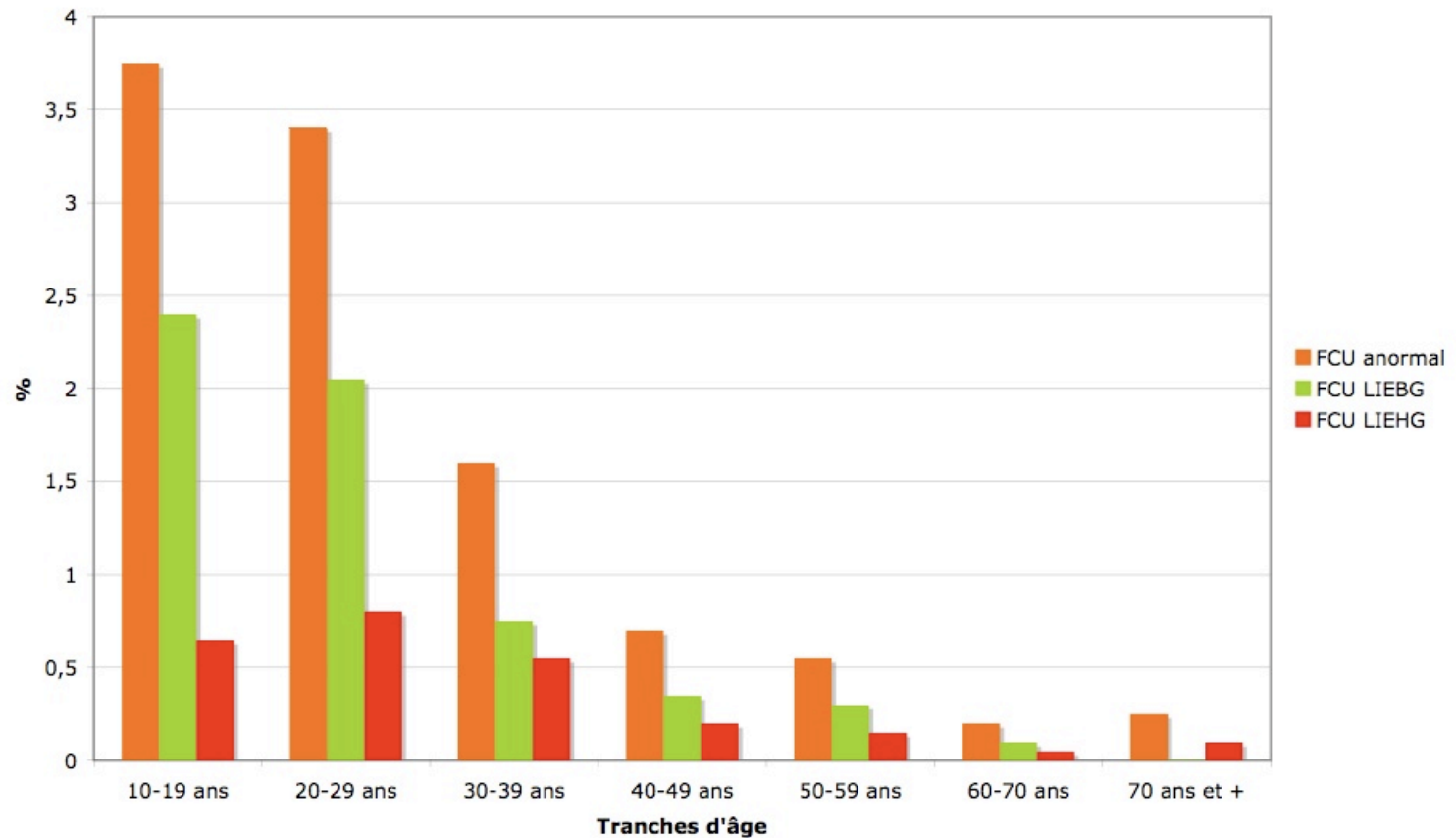
HAS 2010

- Test de **dépistage** uniquement
- Premier FCV  $\geq$  **25 ans** (20-25 ans)
- 1 FCV tous les **3 ans**
- Jusqu'à **65 ans**





# ANOMALIE FCU / AGE



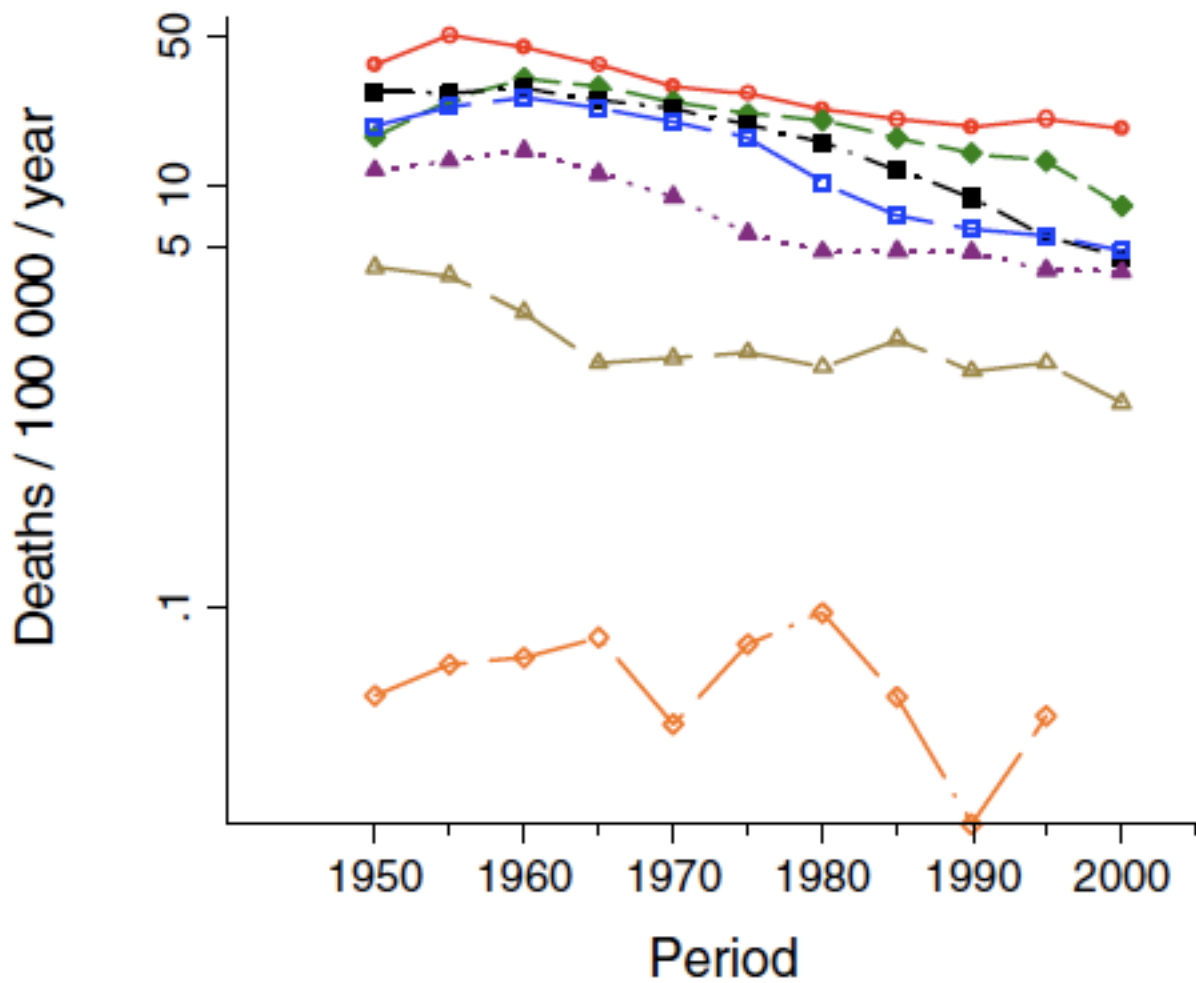
# HISTOLOGIE RAD POUR CIN2 <21 ANS

---

Fuchs J Pediatr Adolesc Gynecol 2007

- 93 adolescentes ( $\leq 21$  ans)
- **53 (57%) RAD**
  - Anapath pièce 7 (13%) neg
  - 40 (75%) CIN2+

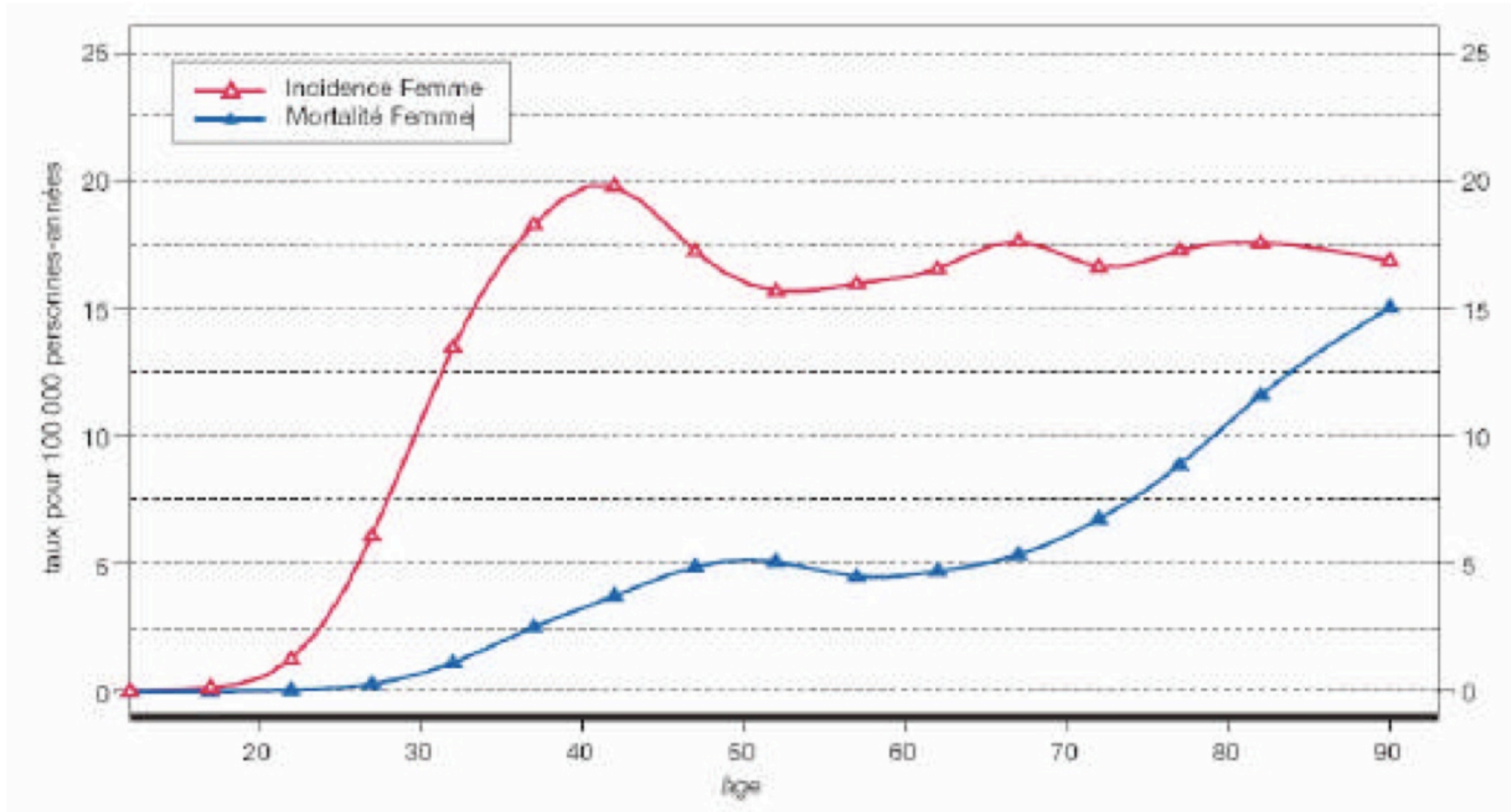
# France



80-84 70-74 60-64 50-54 40-44 30-34 20-24

# INCIDENCE ET MORTALITE PAR CANCER DU COL EN FRANCE

Rapport INCA 2007



Dépistage par FCV permet :

- Réduction de 60 % des cancers / femmes 40 ans
- Réduction de 80 % des cancers / femmes 64 ans

Dépistage / femmes 22-24 ans ne diminue pas significativement l'incidence du cancer du col entre 25 et 29 ans : OR = 1,11 (IC à 95 % : 0,83-1,50)

**Le dépistage par FCV  $\leq$  24 ans a pas ou peu d'impact sur les taux de cancers du col de l'utérus  $<$  30 ans**

# Le cas Jade Goody: Pathos vs. rationnel

---



# Age for starting cervical cancer screening in England will not be lowered

≥ 25 ans

**Cancer rarissime avant 25 ans : 56 cas (2.5%) en 2006**

**FCV avant 25 ans :**

- **1/3 anormal** vs. 1/14 après 25 ans
- Beaucoup de **faux positifs** (20 - 25 ans)
- Risque de traitements inutiles et **dangereux**

# MORBIDITE OBSTETRICALE

---

Kyrgiou Lancet 2007

- **Conisation chirurgicale**

- ↗ acc prématuré: RR=2.59 (95% CI 1.8-3.72)
- ↗ petit poids naiss: RR=2.53 (95% CI 1.19-5.36)
- ↗ césarienne: RR=3.17 (95% CI 1.07-9.4)

- **RAD**

- ↗ acc prématuré: RR=1.7 (95% CI 1.24-2.35)
- ↗ petit poids naiss: RR=1.82 (95% CI 1.09-3.06)
- ↗ RPM: RR=2.69 (95% CI 1.62-4.46)

- **Vaporisation laser** pas d'association significative

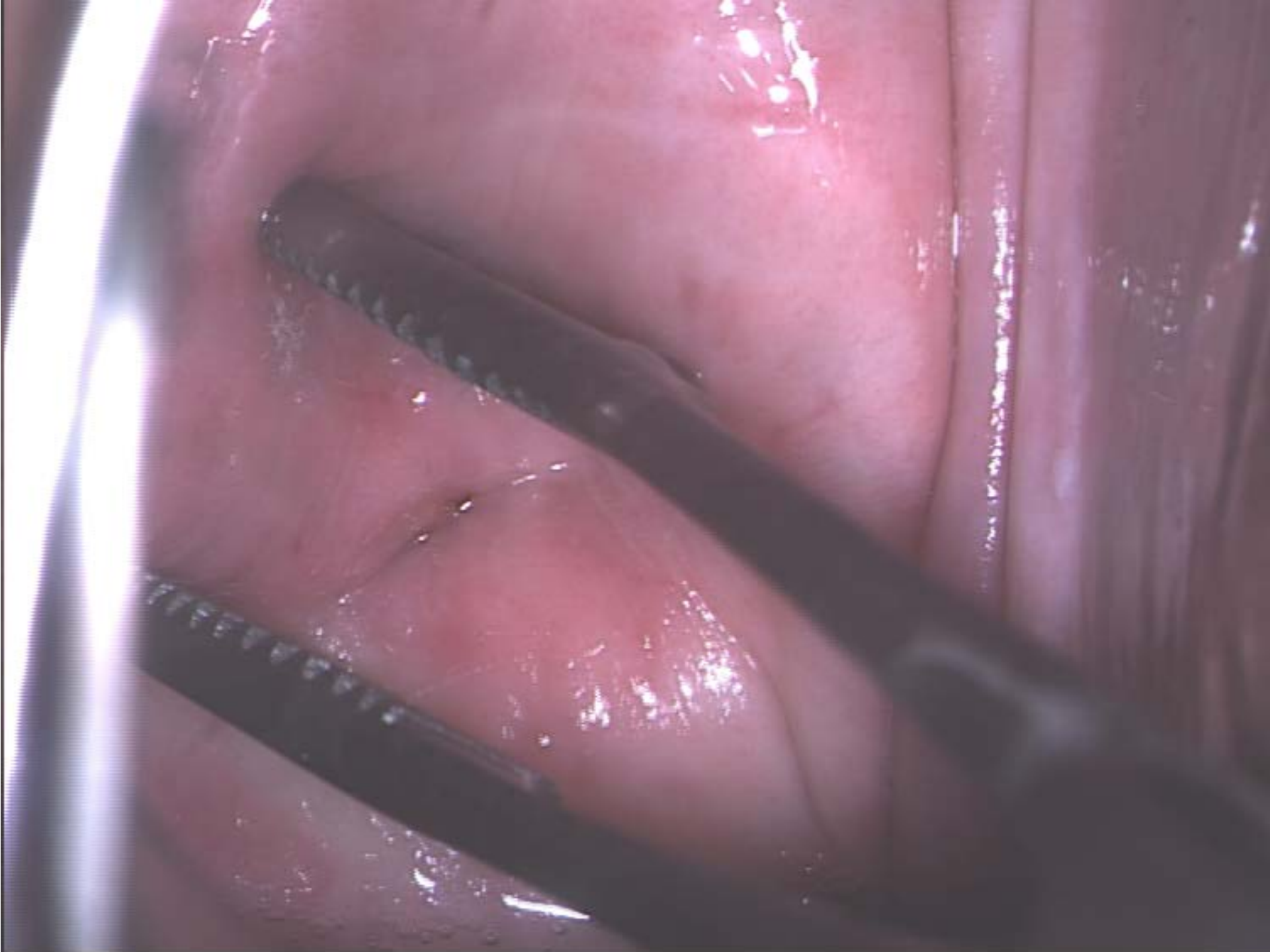
- **Conisation chirurgicale**

- ➤ mortalité périnatale: RR=2.87 (95% CI 1.42-5.81)
- ➤ prématurité <30 SA: RR=5.33 (95% CI 1.63-17.4)
- ➤ poids naissance <2000g: RR=2.86 (95% CI 1.37-5.97)

- **RAD / Vaporisation laser / Cryothérapie** non significatif

- **Thermocoagulation**

- ➤ mortalité périnatale
- ➤ prématurité <34 SA et <30 SA
- ➤ poids naissance <2000g et <1500g



# QUI TRAITER ET COMMENT ?

Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF, 2008.

## LES LIEBG

**Régression spontanée (60-80%)**

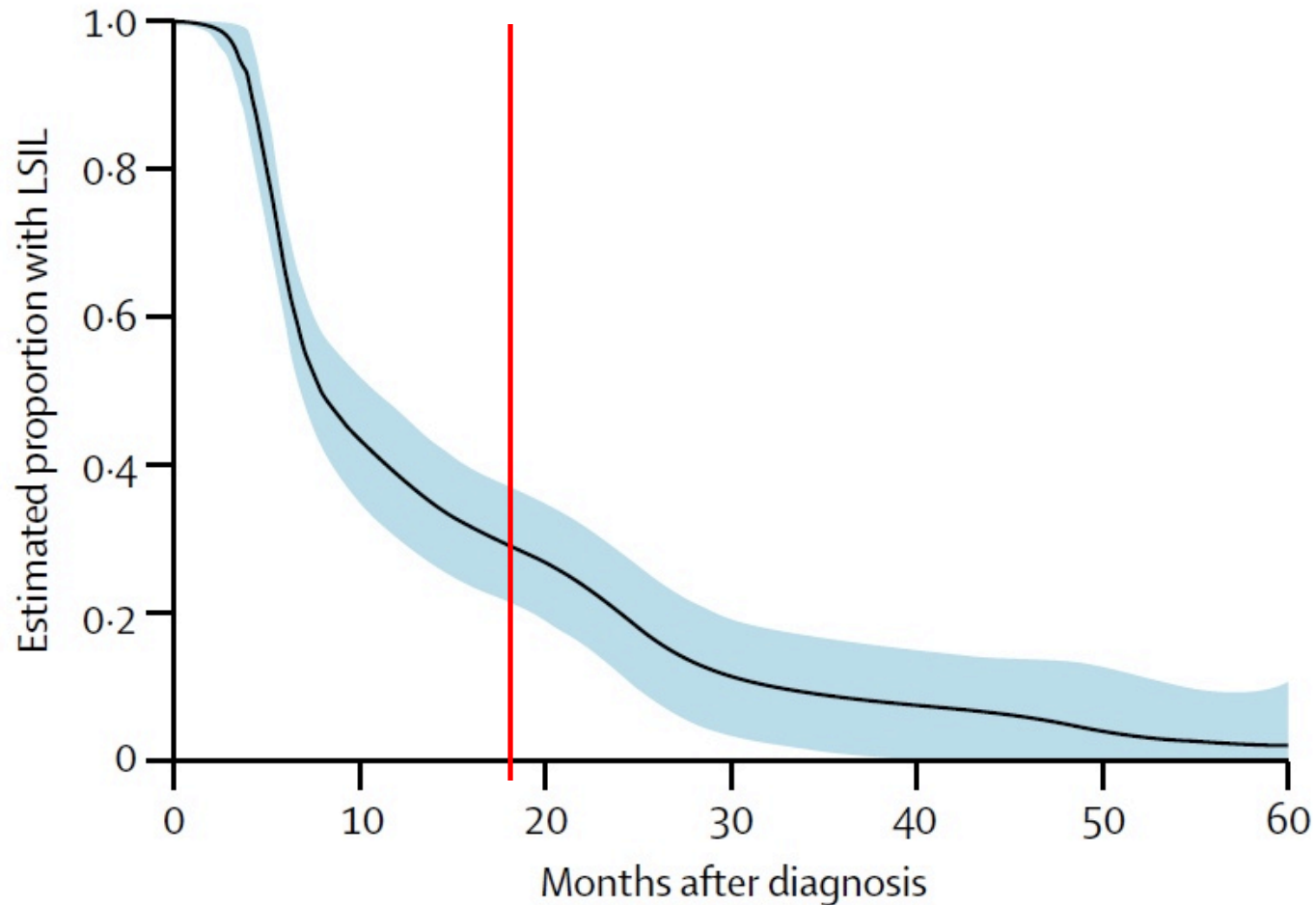
Risque d'évolution vers :

- une LIEHG = 2-12%
- un cancer = 0,15-0,26%

Traitement indiqué que pour LIEBG persistante  $\geq 18$  mois

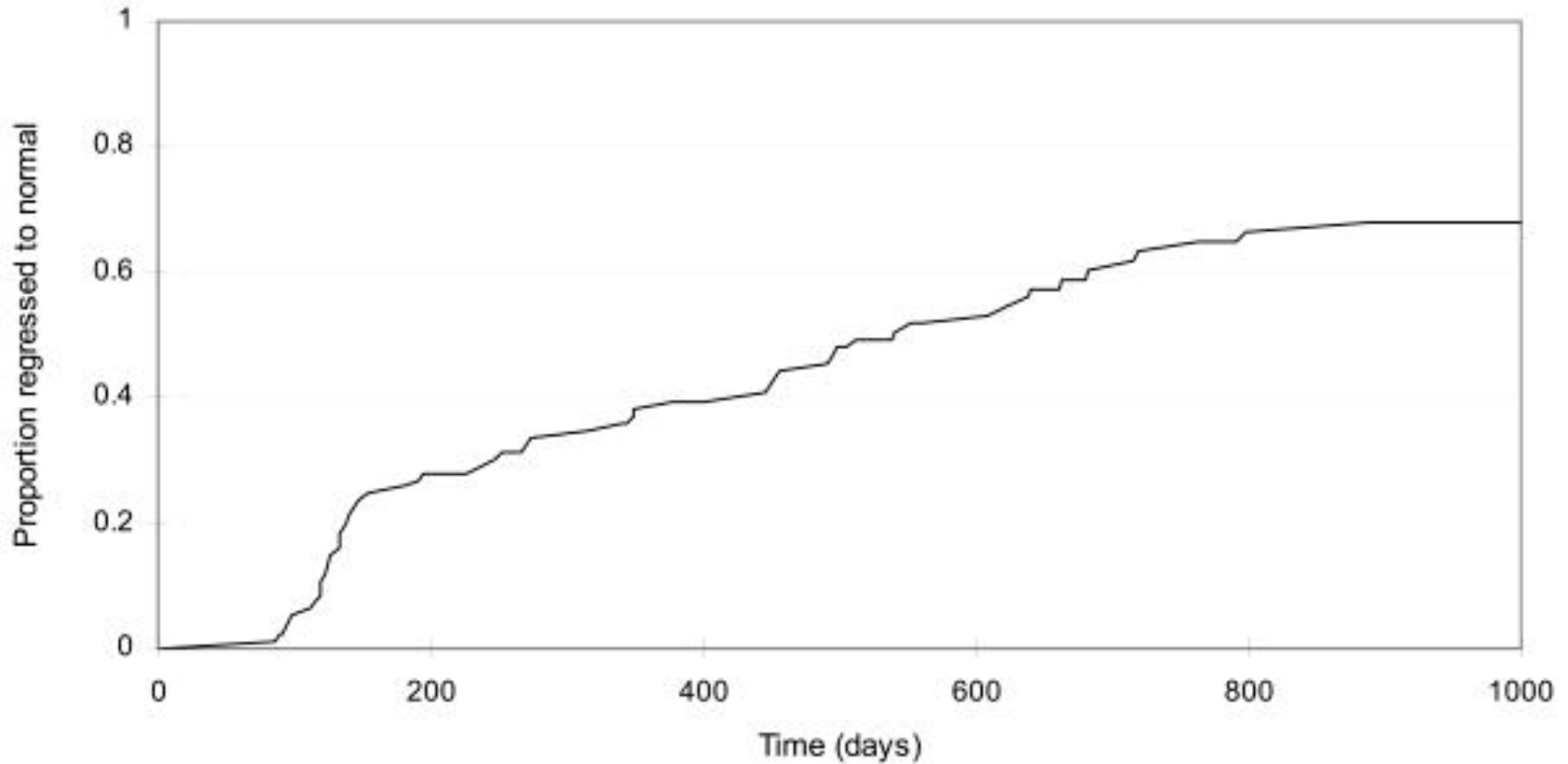
# REGRESSION SPONTANEE ( $\leq 22$ ans)

Moscicki et al. Lancet 2004.



# REGRESSION DES CIN2 / 15-25 ANS

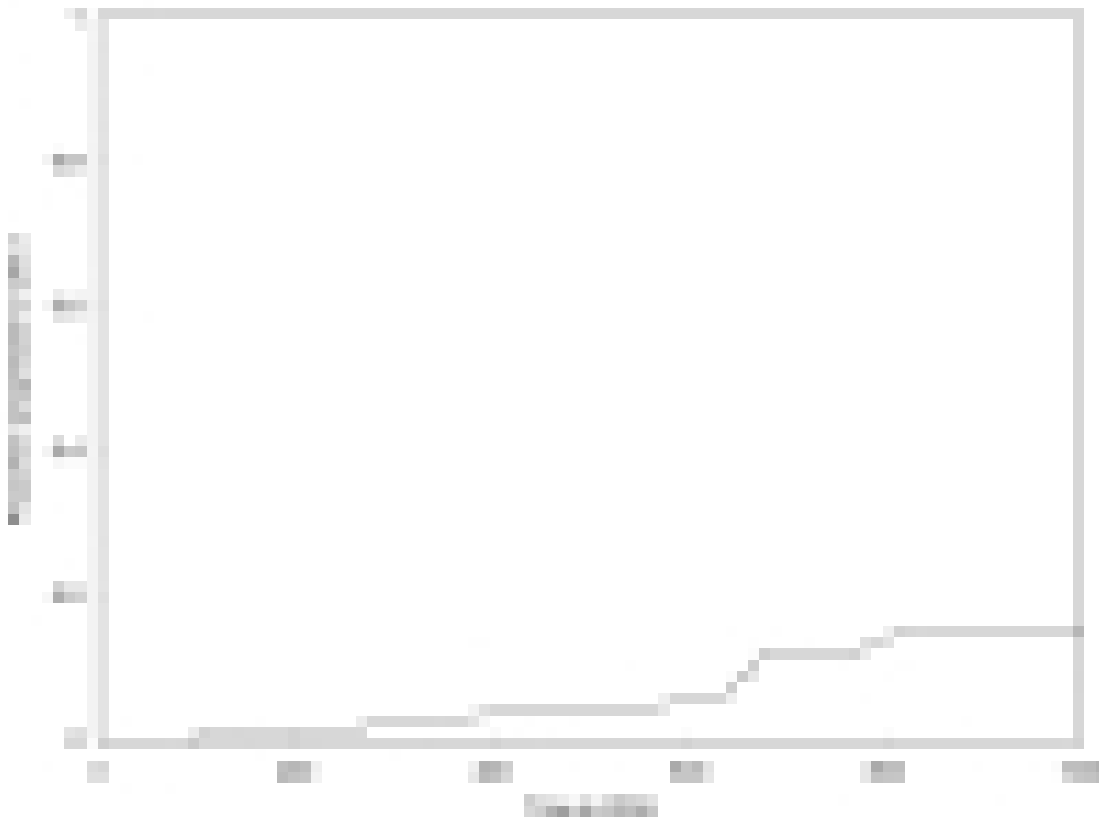
Moscicki et al. Obstet & Gynecol 2010



# REGRESSION DES CIN2 / 15-25 ANS

---

Moscicki et al. Obstet & Gynecol 2010



## ONCOLOGY

## 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ

Thomas C. Wright Jr, MD; L. Stewart Massad, MD; Charles J. Dunton, MD; Mark Spitzer, MD; Edward J. Wilkinson, MD; Diane Solomon, MD; for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology–sponsored Consensus Conference

Diagnostic histologique CIN 2 et 3 adolescentes et femmes jeunes / 2 options :

- Traitement
- Suivi sur 24 mois: FCV / colposcopie tous les 6 mois (colposcopie satisfaisante)

# CONCLUSIONS

---

Groupe à part :

- Immaturité cervicale
- Physiopathologie différente de l'infection à HPV
- Signification et évolution différente de la dysplasie
- Risque = sur-traitement :

bien souvent inutile, toujours dangereux

**Dépistage  $\geq$  25 ans**

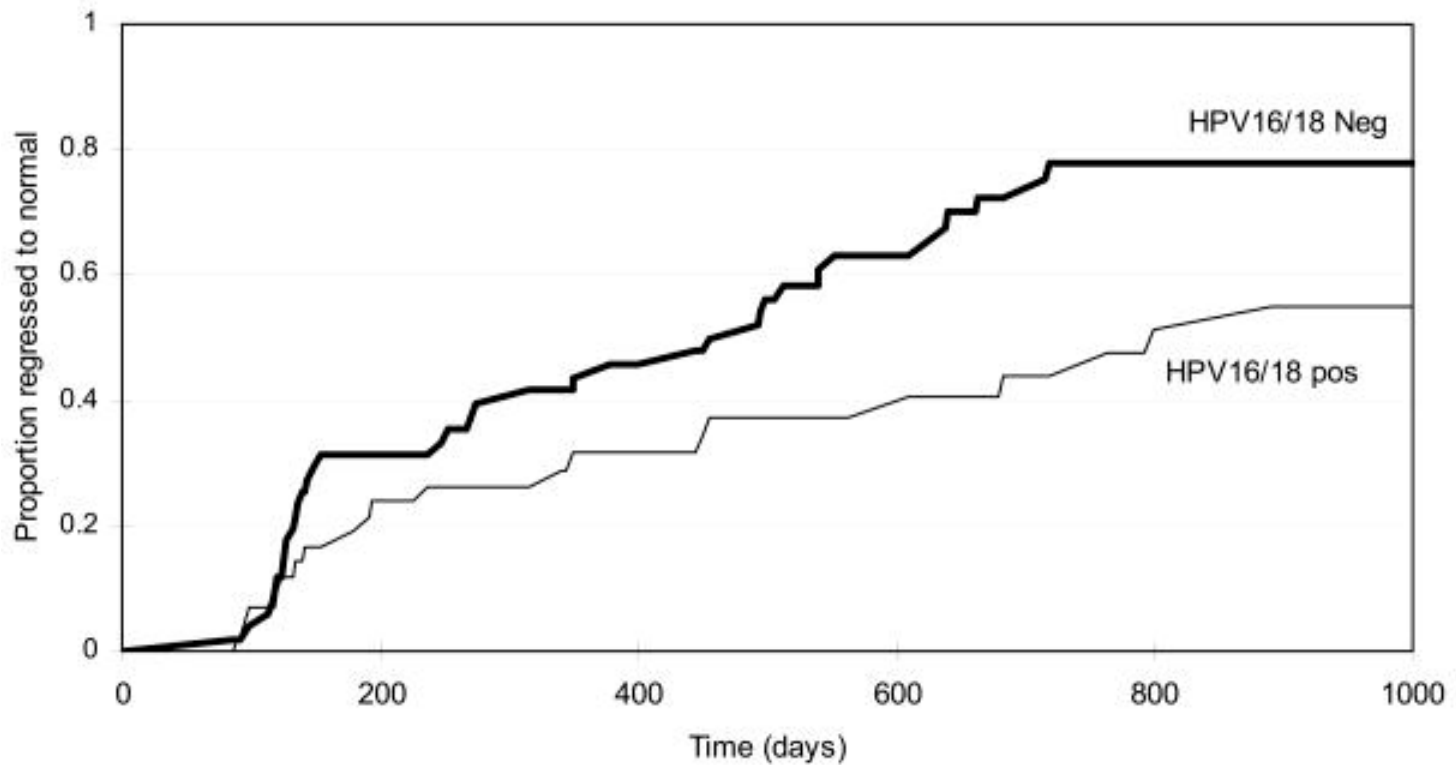
**CIN de l'adolescente = surveillance et éducation**

Merci de votre attention...



# REGRESSION DES CIN2 / 15-25 ANS

Moscicki et al. Obstet & Gynecol 2010



# REGRESSION DES CIN2 / 15-25 ANS

Moscicki et al. Obstet & Gynecol 2010

Multivariable\* analysis for risk of CIN-2 regression

<u>Independent variable</u>	<u>Hazard Ratio (95% C.I.)</u>	<u>p-value</u>
Age of 1 <sup>st</sup> intercourse (per year)	1.25 (1.06, 1.48)	0.009
Reported <i>N. gonorrhoeae</i> since last visit	25.27 (3.11, 205.42)	0.003
Combined hormonal contraception use (per month of use)	0.85 (0.75, 0.97)	0.02
Medroxyprogesterone acetate use (per month of use)	1.02 (1.003, 1.04)	0.02
HPV persistence**	0.40 (0.22, 0.72)	0.002

\* Variables found significant at  $p \leq 0.05$  level in the univariable analysis were considered for the multivariable analysis.

\*\* If variable was replaced by HPV 16/18 persistence, H.R.= 0.24 (95% C.I. 0.07, 0.85),  $p= 0.03$ ; if replaced by HPV 16/18 status at last visit, H.R.=0.36 (95% C.I. 0.15, 0.87),  $p= 0.02$  if replaced by HPV 16/18 at entry, H.R.=0.59 (95% C.I. 0.10, 1.10),  $p =0.10$ . The significance of the other variables remained similar in all 3 models.

# REGRESSION DES CIN2 / 15-25 ANS

Moscicki et al. Obstet & Gynecol 2010

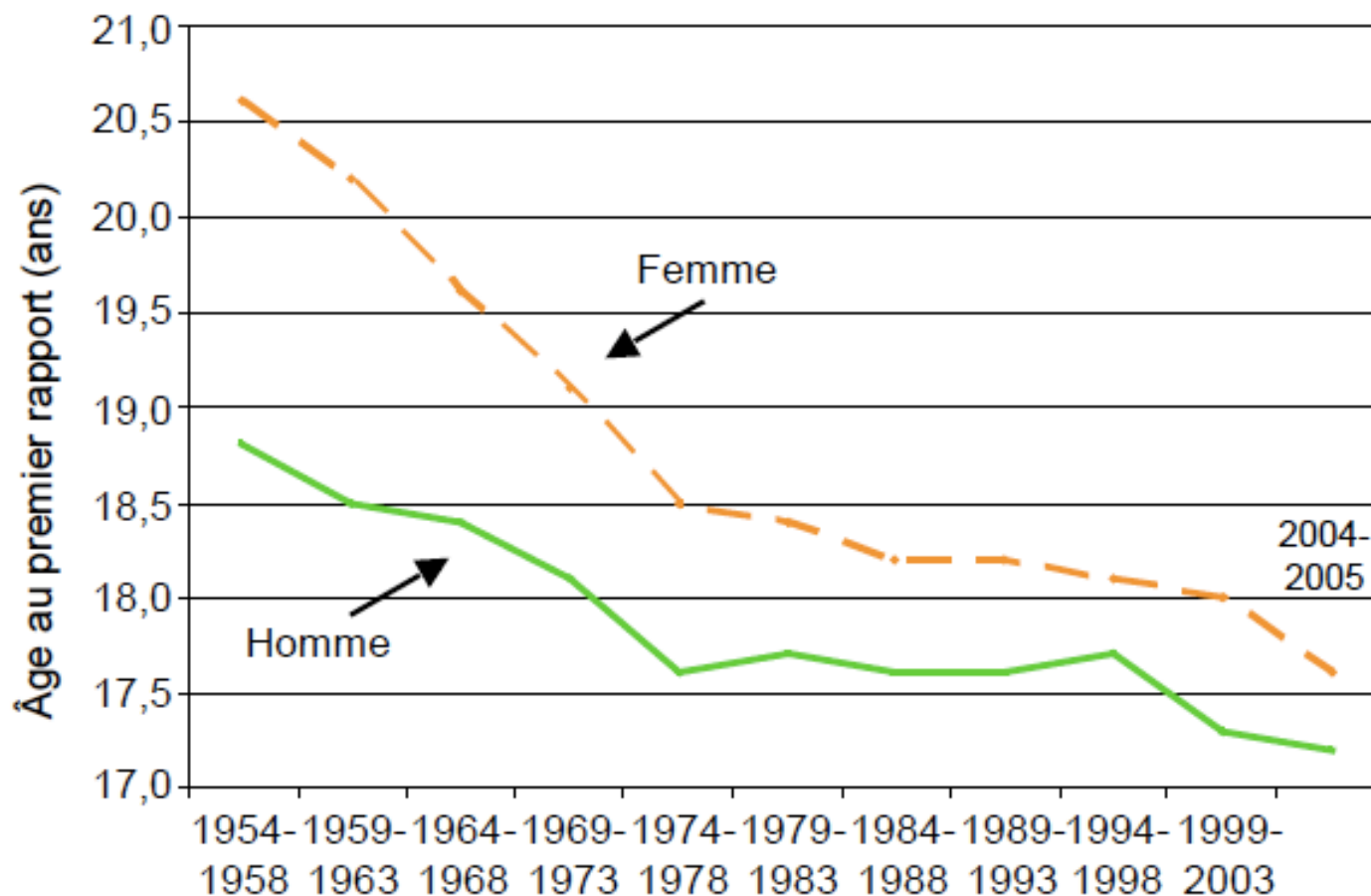
Univariable analysis for risk of CIN-2 progression to CIN-3

<u>Independent variable</u>	<u>Hazard Ratio (95% C.I.)</u>	<u>p-value</u>
Age at menarche	0.57 (0.35, 0.94)	0.03
Douched since last visit	5.54 (1.05, 29.16)	0.04
Weekly alcohol use	4.75 (1.05, 21.46)	0.04
Ever engaged in anal sex	3.51 (0.81, 15.15)	0.09
History of genital warts	5.26 (1.48, 18.71)	0.01
HPV 16/18 at entry visit	6.6 (1.42, 30.62)	0.02
HPV persistence of any type	27.04 (3.4, 214.9)	0.001
HPV 16/18 persistence	19.98 (5.07, 78.82)	<0.0001
HPV 16/18 at last visit	8.74 (2.31, 33.07)	0.001

\*  
Only variables found significant at  $p < 0.1$  are shown.

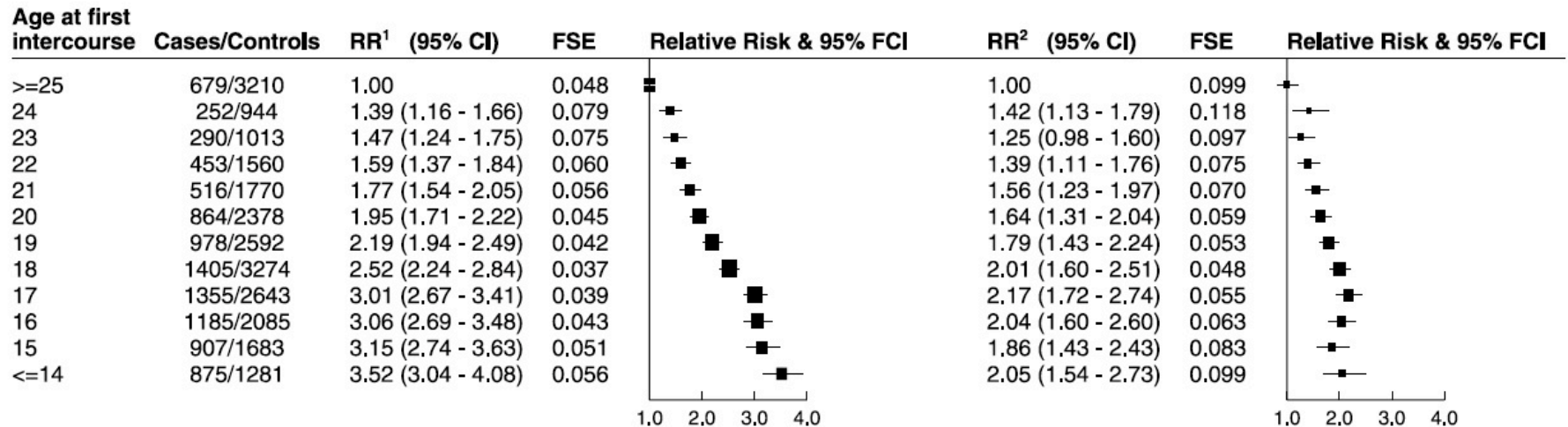
# AGE MEDIAN 1<sup>er</sup> RAPPORT SEXUEL PAR SEXE ET PAR GENERATION

INED/INSEM Enquête CSF 2006 [www.ined.fr](http://www.ined.fr)



# INFLUENCE AGE 1<sup>ERS</sup> RAPPORTS SEX & Nb PARTENAIRES

Int Col Epid Stud Cerv Cancer. Cancer Epidemiol Biom Prev 2008



# INFLUENCE AGE 1<sup>ERS</sup> RAPPORTS SEX & Nb PARTENAIRES

Int Col Epid Stud Cerv Cancer. Cancer Epidemiol Biom Prev 2008

