



Ce document vous indique les modalités de dépistage du cancer du sein recommandées selon votre âge et votre niveau de risque

Chaque année, plus de 61 200 cas de cancer du sein sont détectés et 12 100 femmes décèdent des suites de cette maladie*. Pourtant, détecté à un stade précoce, ce cancer peut être guéri dans 9 cas sur 10.

*INCa - Handreema des cancers en France - Édition 2023



preventioncancers.fr

Les bonnes pratiques

en fonction de votre âge et de vos facteurs de risque



Un examen gynécologique
TOUS LES ANS



Un examen clinique des seins
TOUS LES ANS

(palpation), qui doit être réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.



Un frottis ou un test HPV
TOUS LES 3 OU 5 ANS

selon les recommandations en vigueur, de 25 à 65 ans.



Toute la ligue partout en France



Soutien psychologique - Aide à l'assurance
Permanence juridique
des Conseils, des forums, des infos
www.ligue-cancer.net



J'ai un facteur de risque personnel ou familial. Que dois-je faire ?

VOUS AVEZ DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET PRÉSENTEZ UN RISQUE ÉLEVÉ DE DÉVELOPPER UN CANCER DU SEIN :

Des modalités spécifiques de dépistage sont recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS)

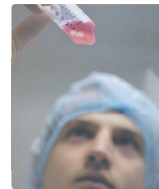


ANTÉCÉDENT PERSONNEL DE :	
CANCER DU SEIN OU CANCER CANALAIRE IN SITU	Un suivi adapté sera défini par votre médecin traitant. Il comportera, un examen clinique et une mammographie unilatérale ou bi-latérale, suivie ou non d'une échographie, selon un rythme défini.
HYPERPLASIE ATYPIQUE CANALAIRE OU LOBULAIRE	Une mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie. Sans évolution après 10 ans : • une mammographie avec ou sans échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans, puis, • à partir de 50 ans : vous intégrez le programme de dépistage organisé du cancer du sein jusqu'à l'âge de 74 ans.
IRRADIATION THORACIQUE À HAUTE DOSE (maladie de Hodgkin)	Un suivi adapté sera défini par votre médecin traitant. Il comportera, un examen clinique Et une mammographie suivie ou non d'une échographie, selon un rythme défini.

Les examens à effectuer dépendent de vos antécédents ; ce peut être :

- les mêmes examens de dépistage que ceux du dépistage organisé, mais débutés à un âge différent et selon des intervalles plus rapprochés ;
- d'autres techniques de détection en complément ou à la place de la mammographie, comme une échographie ou une IRM.

VOUS AVEZ DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER DU SEIN AVEC UN RISQUE POTENTIELLEMENT TRÈS ÉLEVÉ



Il existe un score d'analyse de votre arbre généalogique en fonction de vos antécédents familiaux (le score d'Eisinger). Il permet de faire une classification de votre risque familial. Votre médecin ou un spécialiste pourra établir ce score. Le score détermine si une consultation d'oncogénétique est indiquée, afin de rechercher une éventuelle mutation génétique.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	CONDUITE À TENIR
Cancer du sein chez une femme âgée de 40 à 70 ans	Risque à évaluer en fonction du nombre de personnes concernées dans votre entourage. Vous devez en parler à votre médecin qui établira votre score d'Eisinger et vous informera de la conduite à tenir.
Cancer du sein chez une femme avant l'âge de 39 ans Cancer du sein chez un homme Cancer de l'ovaire avant l'âge de 70 ans	Le risque peut être élevé ou très élevé. Consultation avec un onco-généticien Il évalue votre niveau de risque en fonction de votre arbre généalogique et de votre âge. Selon les résultats de cette première étape, le médecin peut envisager des recherches génétiques. • Si la mutation BRCA1 (sein) ou BRCA2 (sein et ovaire) est avérée : le risque est très élevé.
Existence d'une Mutation BRCA1 ou BRCA2 dans la famille	• Si la mutation BRCA1 ou BRCA2 a été identifiée dans votre famille mais pas retrouvée pour vous : le dépistage organisé est recommandé si vous avez plus de 50 ans. • Si la mutation BRCA1 ou BRCA2 n'a pas été identifiée dans la famille ou en cas de recherche non réalisée : l'onco-généticien évalue votre niveau de risque personnel de cancer du sein.

Il est recommandé de proposer aux femmes atteintes de cancer du sein ou de l'ovaire, à leurs apparentées de premier degré et à leurs nièces une surveillance mammaire identique à celle réalisée chez les femmes ayant une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2.

Modalités de dépistage du cancer du sein selon l'âge et le niveau de risque



Les facteurs de risque de développer un cancer du sein



L'ÂGE:

À partir de 50 ans le NIVEAU DE RISQUE EST MOYEN



LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS pour lesquels le NIVEAU DE RISQUE EST ÉLEVÉ.



LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX pour lesquels le NIVEAU DE RISQUE EST POTENTIELLEMENT TRÈS ÉLEVÉ



Lorsqu'il existe un antécédent de cancer du sein chez l'homme (père, frère, enfant), une surveillance spécifique de tous les apparentés hommes et femmes du 1^{er} degré doit être réalisée.

- A. Le cancer du sein survient majoritairement chez les femmes à partir de 50 ans ne présentant pas de facteur de risque particulier autre que leur âge.
B. L'âge est le premier facteur de risque de développer un cancer du sein.

- A. Cancer invasif du sein ou Cancer canalaire in situ
B. Hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire
C. Irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin)

- A. Cancer du sein chez un(e) Parent(e).
B. Le risque est multiplié par 2 quand un parent du 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur, nièce, enfant – fille ou garçon) a présenté un cancer du sein, et est multiplié par 4 quand deux parents du 1^{er} degré ont présenté un cancer du sein avant l'âge de 45 ans. Le risque augmente donc avec le nombre d'antécédents familiaux et avec la précocité de l'âge au diagnostic.
C. Cancer de l'ovaire.

Je n'ai pas de facteur de risque personnel ou familial.
Dois-je effectuer une mammographie de dépistage ?*

* Mammographie de dépistage = radiographie des seins

25 > 49 ans
⊕ de 74 ans

Aucun dépistage mammographique n'est recommandé, même dans les situations suivantes:

- un diabète de type 2;
- une prise de contraception orale;
- une première grossesse après 30 ans;
- une absence de grossesse;
- le port d'implants mammaires;
- des lésions mammaires sans atypie;
- une densité mammaire radiologique élevée;
- une ménopause précoce ou tardive;
- un traitement hormonal substitutif ou un traitement hormonal de la ménopause en cours.



Un examen clinique des seins tous les ans (palpation), qui doit être réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme

Cependant, si l'un ou plusieurs des signes suivants surviennent:

- une tuméfaction (une boule);
- une rétraction cutanée ou du mamelon;
- une inflammation (rougeur avec douleur);
- un écoulement du mamelon;
- un eczéma du mamelon;
- un ganglion sous le bras.

Consultez votre médecin rapidement.

50 > 74 ans
⊕ de 74 ans

Une mammographie de dépistage est recommandée tous les 2 ans.

Cet examen, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais bénéficie d'une double lecture des clichés radiologiques.

• À partir de 50 ans une invitation à réaliser une mammographie vous est envoyée par la structure de gestion en charge des programmes de dépistage des cancers de votre département.

• Si vous n'avez pas reçu votre invitation ou ne l'avez plus, vous pouvez téléphoner à la structure de gestion de votre département ou bien demander à votre médecin traitant de vous prescrire une mammographie en précisant « mammographie de dépistage organisé », ou « mammographie avec double lecture ».

• Vous prenez rendez-vous auprès d'un radiologue agréé de votre choix (liste jointe avec l'invitation). Au centre de radiologie, vous bénéficiez d'un examen clinique (palpation) et d'une mammographie de dépistage.

⊕ de 74 ans

La poursuite du dépistage doit s'apprécier de manière individuelle. Parlez-en avec votre médecin.

LES RÉSULTATS DE LA MAMMOGRAPHIE

Si aucune anomalie n'est suspectée suite à la lecture du radiologue

• les clichés de la mammographie sont normaux et sont adressés à la structure de gestion en charge du dépistage des cancers du département pour une seconde lecture.

Si aucune anomalie n'est détectée à la première ni à la seconde lecture,

• votre mammographie est normale et vous serez réinvité 2 ans plus tard pour réaliser une nouvelle mammographie de dépistage.

Si une anomalie est suspectée:

- à l'issue de la première lecture, OU après la 2^e lecture, le Radiologue fera des examens complémentaires (clichés supplémentaires, échographie, biopsie...);
- ces examens sont pris en charge aux conditions habituelles de remboursement par l'assurance maladie.



Dans tous les cas vous et votre médecin traitant recevrez un compte rendu vous informant des résultats





J'ai un facteur de risque personnel ou familial. Que dois-je faire ?

Ce document vous indique les modalités de dépistage du cancer colorectal selon l'âge et le niveau de risque.

Chaque année, près de 47 600 nouveaux cas de cancer colorectal sont détectés chez l'Homme et chez la Femme, et 17 100 décèdent suites de cette maladie.*

Pourtant détecté à un stade précoce, le cancer colorectal peut être guéri dans 9 cas sur 10.

**Le cancer colorectal est un cancer ÉVITABLE !
Il peut être évité si les lésions précancéreuses sont dépistées et retirées avant qu'elles ne se transforment en cancer.**

* INCa - Panorama des cancers en France - Éd. 2023

PLUS D'INFOS



preventioncancers.fr

PUBLICATION JUILLET 2023 - Illustration : 123RF.com - matthieu74

Les bonnes pratiques

pour réduire les risques de cancer



Ne pas fumer et éviter l'alcool
le risque augmente dès la première cigarette et le premier verre



Augmenter la consommation
de légumes, fruits
et aliments riches en fibres



Limiter la consommation
de viande rouge, charcuterie
et graisses animales



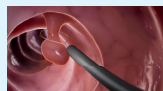
Bouger: pratiquer une activité physique
modérée à intense
au moins 30 min par jour

VOUS AVEZ DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS OU FAMILIAUX ET PRÉSENTEZ UN RISQUE ÉLEVÉ DE DÉVELOPPER UN CANCER COLORECTAL :

- Vous devez avoir un suivi particulier.
- Votre médecin vous orientera vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.
- Le rythme de cet examen sera déterminé par votre médecin et/ou votre gastro-entérologue en fonction de vos antécédents et des résultats de la coloscopie.

VOUS AVEZ DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX avec prédisposition génétique ET PRÉSENTEZ UN RISQUE TRÈS ÉLEVÉ DE DÉVELOPPER UN CANCER COLORECTAL :

- Si l'on suspecte une prédisposition génétique (cancer avant 50 ans de plusieurs parents), ou dans le cas de mutation identifiée (syndrome de Lynch), vous devez avoir une surveillance particulière.
- Votre médecin vous orientera vers un gastro-entérologue qui vous proposera une consultation d'oncogénétique avec un suivi endoscopique (coloscopie et gastroscopie) adapté.

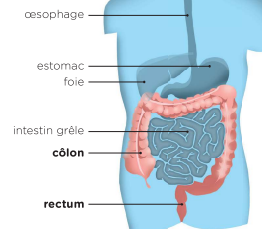


Pratiquée sous anesthésie générale, **la coloscopie** est l'exploration de la paroi interne du gros intestin (côlon) à l'aide d'une sonde munie d'une fibre optique (coloscope ou endoscope). Le coloscope est muni à son extrémité d'une mini caméra connectée à un écran vidéo. Il est également équipé de pinces afin de pouvoir réaliser des prélèvements (biopsies) pour analyse en laboratoire, ou d'une anse diadémique qui permet de faire l'ablation de polypes. La sonde est introduite par l'anus, puis dirigée peu à peu pour un examen visuel de la totalité du rectum et du côlon jusqu'à la jonction iléo-colique (intestin grêle). La coloscopie peut entraîner des complications dont les formes graves restent rares.

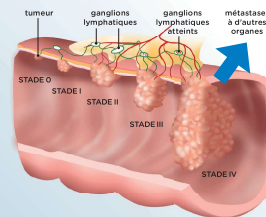
La coloscopie réduit considérablement le risque de développer un cancer lorsqu'elle a permis l'ablation des lésions précancéreuses.

Comment se développe un cancer colorectal ?

Un peu d'anatomie : où se situe le côlon et le rectum dans l'abdomen ?



Le cancer colorectal se développe lentement à partir de petites lésions appelées polypes qui apparaissent sur la paroi de l'intestin (côlon et/ou rectum). Le côlon est aussi appelé gros intestin.



Ces polypes vont grossir et évoluer le plus souvent vers des lésions précancéreuses (adénomes) sans signes visibles. Une partie d'entre eux évoluera vers un cancer dans les 10 ans, d'où l'importance de leur surveillance et de leur ablation.

Modalités de dépistage du cancer du côlon et du rectum

selon l'âge et le niveau de risque



Toute la Ligue partout en France

0 800 940 939

Soutien psychologique - Aide à l'assurabilité
Permanence juridique
des Conseils, des forums, des infos
www.ligue-cancer.net



Les facteurs de risque de développer un cancer colorectal



L'ÂGE:
À partir de 50 ans le NIVEAU DE RISQUE EST MOYEN

- A. Le cancer colorectal survient majoritairement chez les femmes et les hommes à partir de 50 ans ne présentant pas de risque particulier autre que l'âge.
- B. L'âge est le premier facteur de risque de développer un cancer colorectal.

A. LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS:

- Antécédent personnel de cancer colorectal ou existence d'un (ou plusieurs) polypes (adénomes) lors d'une coloscopie antérieure.
- Présence de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI - maladie de Crohn et rectocolite hémorragique).

B. LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX:

- Existence d'un parent au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) qui a été atteint d'un cancer colorectal ou d'adénome avancé avant l'âge de 65 ans, ou de deux parents quel que soit leur âge.
- Existence de plusieurs parents au deuxième ou troisième degré qui ont été atteints de cancer colorectal, quel que soit leur âge.

Dans certaines familles, le cancer colorectal peut se transmettre entre générations.



LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX
avec prédisposition génétique pour lesquels le NIVEAU DE RISQUE EST TRÈS ÉLEVÉ

- A. On suspecte une prédisposition génétique lorsque deux parents du premier degré (père, mère, sœur, frère, enfant) sont atteints par un cancer du côlon et/ou du rectum, de l'utérus ou des ovaires, dont au moins un avant l'âge de 50 ans.
- B. Une mutation génétique a été identifiée chez un parent du premier degré atteint du syndrome de Lynch (HNPCC - polyposse adénomateuse familiale, cancer colorectal héréditaire sans polyposse).

Je n'ai pas de facteur de risque personnel ou familial. Dois-je effectuer un dépistage du cancer colorectal?

25 > 49 ans
⊕ de 74 ans

Aucun dépistage n'est recommandé.

Avant 50 ans, le risque de développer un cancer colorectal est très rare chez les personnes sans facteur de risque. Après 74 ans, il est recommandé de consulter son médecin traitant en cas d'inquiétudes particulières.

Quel que soit l'âge, si l'un ou plusieurs des signes intestinaux suivants surviennent:

- présence de sang visible dans les selles;
- douleurs abdominales;
- troubles digestifs inhabituels et persistants (diarrhée ou constipation);
- amaigrissement inexpliqué;
- anémie.

Consultez votre médecin rapidement.



50 > 74 ans



Les personnes éligibles ayant reçu l'invitation au dépistage ont la possibilité de demander l'envoi du test par courrier sur le site internet : monkit.depistage-colorectal.fr

Et peuvent consulter le résultat du test en ligne, sur le site : resultat-depistage.fr

Les pharmaciens peuvent également remettre le test aux personnes éligibles.

⊕ de 74 ans

Entre 50 et 74 ans, un test de dépistage du cancer colorectal est recommandé tous les 2 ans.

Le test immunologique est simple, rapide et se réalise chez soi. Ce test détecte la présence de sang humain, invisible à l'œil nu, dans les selles et permet de dépister la majorité des cancers et des polypes avancés. Il est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

- À partir de 50 ans, une invitation à réaliser un test de dépistage vous est envoyée par le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC).
- Si vous n'avez pas reçu votre invitation ou ne l'avez plus, vous pouvez téléphoner au CRCDC.

Vous prenez rendez-vous avec votre médecin traitant. (la consultation est remboursée selon les modalités habituelles de l'assurance maladie).

Au cours de la consultation:

- il vérifie que vous n'avez pas d'antécédents ou de symptômes et que vous êtes concerné(e) par le test;
- il vous remet le test et les explications;
- vous réalisez le test à domicile et vous l'envoyez par la poste au laboratoire;
- vous et votre médecin recevez les résultats;
- vous revoquez votre médecin selon le résultat du test.

* Si vous n'êtes pas concerné(e) par le test (antécédents personnels ou familiaux, ou signes digestifs), il vous orientera chez un gastro-entérologue.

La poursuite du dépistage doit s'apprécier de manière individuelle. Parlez-en avec votre médecin.

Les résultats du test immunologique

DANS 96% DES CAS, LE TEST EST NÉGATIF

Cela signifie qu'aucun saignement n'a été identifié dans le prélèvement. Vous serez réinvité 2 ans plus tard pour réaliser un nouveau test de dépistage.

Certains polypes ou cancers peuvent ne pas saigner au moment du test. Il est donc important de refaire le test tous les 2 ans.

Si l'un ou des signes intestinaux suivants surviennent dans l'intervalle:

- présence de sang dans les selles;
- douleurs abdominales;
- troubles digestifs inhabituels et persistants;
- amaigrissement inexpliqué;
- anémie.

Consultez votre médecin rapidement.

DANS 4% DES CAS LE TEST EST POSITIF

Cela ne veut pas dire que vous avez un cancer, mais que du sang a été détecté dans les selles. Pour identifier l'origine de ce saignement, votre médecin traitant vous adressera à un gastro-entérologue pour réaliser une coloscopie.

Avant de réaliser une coloscopie, une préparation de l'intestin et un régime sans résidu sont indispensables pour un examen de qualité.

Effectué sous anesthésie générale, la coloscopie permet de déceler la présence éventuelle de polypes et de les retirer. Dans plus de la moitié des cas, la coloscopie permet de déceler une anomalie, et de détecter une majorité de polypes, et dans certains cas, un cancer.

Le cancer colorectal est un cancer évitable!

Grâce au dépistage, les lésions précancéreuses (polypes avancés - adénomes) peuvent être retirées avant qu'elles ne se transforment en cancer.

De plus, un cancer détecté à un stade précoce sera guéri dans 9 cas sur 10.





Ce document vous indique les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge et le niveau de risque.

- Chaque année près de 3 160 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont détectés et 1100 femmes en meurent.
- Les lésions précancéreuses qui se développent avant le cancer du col de l'utérus, sont beaucoup plus fréquentes. Elles sont identifiées chez 35 000 femmes chaque année.

POURTANT LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EST ÉVITABLE :

- **Par la vaccination** des jeunes filles et des garçons de 11 à 14 ans.
- **ET le test de dépistage effectué** dans les intervalles recommandés.

Les bonnes pratiques



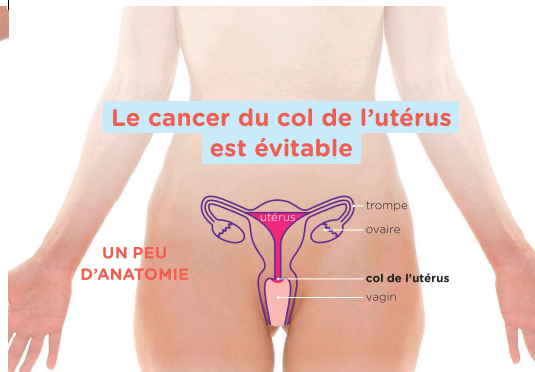
Toute la Ligue partout en France

APPEL D'URGENCE 0 800 940 939

Soutien psychologique - Aide à l'assurabilité
Permanence juridique
des Conseils, des forums, des infos
www.ligue-cancer.net



PUBLICATION JANVIER 2021 - © Reproduction graphique : marcellemaire



COMMENT SE DÉVELOPPE UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ?

Au cours de sa vie, la très grande majorité des hommes et des femmes s'infectent par le Papilloma Virus Humain (HPV). Dans 9 cas sur 10, l'infection est éliminée spontanément.

Lorsque l'infection persiste, après plusieurs années avec des HPV oncogènes*, elle entraîne la formation de lésions :

- de bas grade qui régressent très souvent spontanément et sans traitement ;
- de haut grade qui peuvent évoluer vers un cancer et doivent être traitées.

Le cancer du col de l'utérus est rare et survient le plus souvent après 40 ans.

Il peut cependant se développer en 5 à 10 ans seulement chez des femmes présentant un système immunitaire affaibli, comme celles souffrant d'une infection à VIH non traitée.

Le dépistage régulier doit être réalisé de 25 ans à 65 ans, selon les recommandations.

GRÂCE AU DÉPISTAGE, LES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES PEUVENT ÊTRE TRAITÉES AVANT QU'ELLES NE SE TRANSFORMENT EN CANCER



LA VACCINATION* PROTÈGE D'ENVIRON 90% DES HPV RESPONSABLES DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS :

- proposée à toutes les jeunes filles et garçons de 11 à 14 ans, à deux doses espacées de 6 mois ;
- possibilité de rattrapage de 15 à 19 ans à trois doses.

Le vaccin nonavalent* protège contre l'infection de 9 types de HPV :

- ✓ 7 HPV oncogènes responsables de 90% des cancers du col de l'utérus et d'autres cancers qui touchent les hommes et les femmes (pénis, anus, base de la langue, amygdales, larynx, vulve, vagin) ;
- ✓ 2 HPV responsables de lésions génitales (verruves génitales dites condylomes).

* Vaccin nonavalent (Gardasil 9®)

VACCINATION ET DÉPISTAGE : LA MEILLEURE COMBINAISON POUR PRÉVENIR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

L'usage du préservatif est également recommandé, car il diminue :

- la transmission des infections à HPV ;
- les autres infections sexuellement transmissibles.



Depuis 2020, un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est mis en œuvre en France. Renseignez-vous sur les modalités de prise en charge auprès du Centre Régional de Coordination des Dépistages de votre Région.



Modalités de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge et le niveau de risque





Les facteurs de risque de développer un cancer du col de l'utérus



Je n'ai pas de facteur de risque. Dois-je effectuer un dépistage du cancer du col de l'utérus?



Qu'est-ce que le test de dépistage ?



Le résultat du dépistage

LE PAPILLOMAVIRUS (HPV)

- A** - Le cancer du col de l'utérus est dû à une infection par un virus appelé « papillomavirus humain » (HPV).
- Très fréquent, ce virus se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels, avec ou sans pénétration (contact de peau à peau). L'utilisation d'un préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement.
 - Les HPV sont aussi responsables de cancers de la vulve, du vagin, de l'anus, et de la sphère orale et pharyngée.
- B** - L'infection disparaît le plus souvent sans créer de lésions du col.
- C** - Si l'infection à **HPV oncogène*** persiste, des lésions dites précancéreuses, peuvent se développer. Elles régressent souvent, mais peuvent évoluer vers un cancer.
- D** - Le cancer survient le plus souvent à partir de 40 ans et touche près de 3 000 femmes chaque année en France.
- Les lésions précancéreuses sont beaucoup plus fréquentes que les cancers; elles sont identifiées chez 35 000 femmes chaque année.

*Les virus oncogènes sont des virus qui peuvent rendre cancéreuses les cellules qu'ils infectent.

NIVEAU DE RISQUE ÉLEVÉ de cancer chez les femmes

- ayant ou ayant eu des partenaires multiples;
- qui fument;
- non vaccinées;
- n'ayant pas eu de dépistages réguliers du cancer du col de l'utérus;
- ayant une lésion précancéreuse non prise en charge;
- sans surveillance après une conisation;
- ayant eu un antécédent de cancer de la vulve, du vagin ou de l'anus.

NIVEAU DE RISQUE TRÈS ÉLEVÉ de cancer chez les femmes avec des antécédents personnels

- immuno-suppression;
- femmes infectées par le VIH;
- ayant un traitement immuno-suppresseur.

DE 25 À 65 ANS, même vaccinée, le dépistage est recommandé, selon les modalités suivantes :

DE 25 À 30 ANS Le dépistage par frottis (examen cytologique) est recommandé 3 ans après 2 prélèvements réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.

DE 30 À 65 ANS Le dépistage par test HPV est recommandé tous les 5 ans.

AVANT 25 ANS Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas recommandé, même dans les situations suivantes :

- de nombreux partenaires sexuels;
- une infection sexuellement transmise;
- une prise de contraception orale.

APRÈS 65 ANS Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas recommandé chez les femmes ayant eu un dépistage tous les 3 ans, sans aucun frottis anormal, ou un test HPV négatif tous les 5 ans.

Cependant, la poursuite d'un dépistage systématique doit s'apprécier au cas par cas, avec le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme

En cas de saignements après la ménopause, consultez votre médecin généraliste ou votre gynécologue rapidement.



Si vous avez un risque élevé ou très élevé de développer un cancer du col de l'utérus, votre médecin et/ou gynécologue vous proposera un suivi adapté à votre situation.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'effectue par un prélèvement de cellules du col de l'utérus pour rechercher des cellules anormales infectées par le HPV (examen cytologique - appelé aussi frottis) et/ou détecter la présence du virus (test HPV). Il se fait en position gynécologique et n'est pas douloureux.

L'examen cytologique permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, de les surveiller ou de les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer.

Le test HPV recherche la présence de virus, dont la persistance est le facteur de risque de développement de lésions précancéreuses et cancéreuses au niveau du col de l'utérus.

OÙ FAIRE LE TEST DE DÉPISTAGE ?

Vous prenez rendez-vous auprès de :

- votre médecin généraliste;
- votre gynécologue;
- une sage-femme;
- un laboratoire si vous avez une ordonnance;
- un hôpital, centre de santé, de protection maternelle et infantile (PMI), planning familial (sans avance de frais).

QUAND FAIRE LE TEST DE DÉPISTAGE ?

- en dehors des règles;
- en évitant des rapports sexuels 24 à 48 heures avant;
- en dehors de tout traitement par voie vaginale (ovules);
- même si vous êtes enceinte.

MODALITÉS DU TEST DE DÉPISTAGE

- **entre 25 et 30 ans**, les deux premiers frottis (examens cytologiques) se font à un an d'intervalle, même si vous avez été vaccinée contre le papillomavirus.
- **si le résultat des deux dépistages est négatif**, faire un dépistage 3 ans plus tard.
- **entre 30 et 65 ans**, le test HPV est recommandé tous les 5 ans.
- désormais, le dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé.
- si vous avez reçu un courrier d'invitation, le test de dépistage est pris en charge à 100% sans avance de frais.
- La consultation et l'acte de prélèvement sont remboursés selon les conditions habituelles par l'assurance maladie.



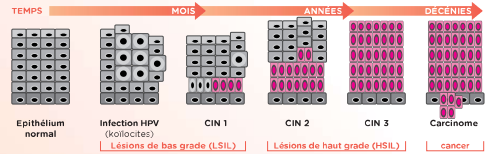
Dans tous les cas vous et votre médecin traitant recevrez un compte rendu vous informant des résultats

- **Si le test est négatif :**
 - > vous devrez renouveler le test de dépistage dans les délais recommandés.

- **Si le test de dépistage est positif :**
 - > votre médecin traitant/gynécologue ou sage-femme vous indiquera les examens complémentaires nécessaires pour préciser le diagnostic et déterminer la prise en charge. Le plus souvent, après 30 ans, il s'agit de faire une colposcopie*.



* La colposcopie est un examen qui permet de visualiser et de rechercher des lésions sur le col de l'utérus et le vagin. Il fait appel à un colposcope, un appareil optique grossissant, associé à une source lumineuse, permettant de bien voir le col utérin.



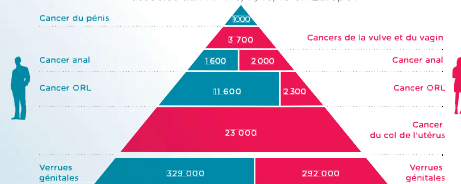
Conséquences des infections HPV en Europe

Les cancers du col de l'utérus sont les plus fréquents, mais les autres cancers liés aux HPV sont en augmentation et surpasseront les cancers du col en l'absence d'une stratégie efficace de vaccination et de dépistage dans les prochaines années.

PLUS D'INFOS
preventioncancers.fr



Nombre annuel de nouveaux cas de cancer et de verrues génitales associés aux HPV 6/11/16/18 en Europe :



Les bonnes pratiques



Vaccination HPV recommandée dès 11 ans



Consultation de prévention à 25 ans et à 50 ans



Suivi gynécologique 1 fois par an



Utiliser un préservatif avec un nouveau partenaire



Toute la Ligue partout en France

0 800 940 939

Soutien psychologique - Aide à l'assurabilité
Permanence juridique
des Conseils, des forums, des infos
www.ligue-cancer.net



Quels sont les effets des vaccins ?

• Effet individuel :

La vaccination doit permettre de réduire la survenue de nouveaux cas de cancer HPV induits chez les garçons (anus, pénis, oropharynx) et les filles (col de l'utérus, vulve, vagin, anus, oropharynx).

• Effet collectif :

Diminution de la circulation des virus (permet de protéger son/sa partenaire et les personnes non vaccinées).

• Effets secondaires de la vaccination :

L'effet secondaire le plus répandu pour tous les vaccins est une douleur au site d'injection dans les jours suivants. Plus de 100 études, incluant 2,5 millions de personnes dans 6 pays, n'ont pas montré d'effets secondaires graves.

Le profil de tolérance de ces vaccins repose sur une surveillance de plus de 15 ans, avec plus de 300 millions de doses injectées dans le monde, dont environ 100 millions aux USA.

En Europe et en France un plan de gestion des risques a été mis en place pour détecter et analyser tout effet indésirable observé dans les conditions réelles d'utilisation. Cette surveillance renforcée n'a pas mis en évidence d'éléments remettant en cause leur balance bénéfices-risques.

Efficacité des vaccins

L'efficacité des vaccins anti-HPV sur la réduction des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus est aujourd'hui démontrée et est d'autant plus importante que la couverture vaccinale est importante.

- Depuis janvier 2021, la vaccination est recommandée et remboursée pour les garçons !
- La stratégie de prévention globale du cancer du col de l'utérus s'appuie sur une complémentarité entre vaccination contre le HPV et test de dépistage réalisé, chez les femmes vaccinées ou non, entre 25 ans et 65 ans, selon les recommandations en vigueur.
- La stratégie de prévention des autres cancers liés aux HPV pour lesquels il n'existe pas de dépistage (vulve, vagin et anus chez la femme, pénis et anus chez l'homme) ainsi que les cancers de la sphère oropharyngée (bouche et amygdales pour les hommes et les femmes) repose sur la vaccination des femmes et des hommes.
- Une large couverture vaccinale des jeunes garçons et filles, avec **le vaccin nonavalent**, permettrait de réduire le nombre de ces cancers dans les années à venir. Avec une couverture vaccinale importante il est possible d'envisager une éradication du cancer du col de l'utérus.

Aujourd'hui, plus de 100 pays ont un programme national de vaccination.

LA COUVERTURE VACCINALE EN FRANCE ?

- La couverture vaccinale en France est encore insuffisante. En 2022, **41,5% des filles âgées de 16 ans et 8,5% des garçons avaient été vaccinés** (SNIRAM, DCIR, Santé Publique France).
- Cette situation ne permet pas d'obtenir une évaluation de la réduction des infections observées dans les pays à forte couverture vaccinale.
- **Pour rappel, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a fixé un objectif de 80% de couverture vaccinale contre les HPV à l'horizon 2030.**



MIEUX COMPRENDRE LE PAPILLOMA VIRUS HUMAIN (HPV)

ET S'EN PROTEGER



Qu'est-ce que le Papilloma Virus Humain (HPV) ?

Le Papilloma Virus Humain (HPV) est un VIRUS très fréquent qui provoque des infections différentes en fonction du type (Haut Risque ou Bas Risque). Près de 200 types d'HPV ont été identifiés.

Plus de quarante d'entre eux **infectent les muqueuses**, parois internes de l'appareil génital (col, vagin, clitoris, anus, pénis) ou des voies aérodigestives supérieures (la sphère ORL/ bouche, amygdales, base de la langue, larynx).

- **Types à Haut Risque** : les HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58, 39, 51, 56, 59 ont été définis comme responsables du développement de lésions précancéreuses et de cancers (oncogènes).
- **Types à Bas Risque** : les HPV 6 et 11, ont été définis comme responsables de lésions bénignes, verrues/condylomes génitaux (non oncogènes).

Comment se transmet le HPV ?

Les HPV se transmettent entre personnes, par contact direct avec la peau ou les muqueuses. Les infections à HPV sont des infections sexuellement transmissibles (IST).

- Les lésions et microtraumatismes de la peau ou des muqueuses sont des portes d'entrée pour les particules virales. Le sexe oral est aussi un mode de transmission pour les HPV responsables de cancers ORL.
- Une transmission indirecte est possible mais rare : linge ou objet contaminé.
- Il n'y a pas de transmission par le sang ou le lait maternel.

La plupart des infections à HPV sont non visibles (sans symptôme). Il est donc impossible de déterminer exactement le moment ou l'origine de la transmission.

- Ces infections sont très fréquentes. Environ 80% des femmes et des hommes sexuellement actifs seront infectés par ces virus au cours de leur vie. L'Organisation Mondiale de la Santé considère que plus de 600 millions de femmes et d'hommes sont ou ont été infectés par ce virus.

L'utilisation du préservatif ne protège que partiellement contre ces infections.

Les conséquences de l'infection à HPV

La plupart des infections sont silencieuses et transitoires et n'ont aucune conséquence : elles n'entraînent ni maladie ni symptôme et le système de défense de l'organisme élimine le virus en 2 à 3 ans.

Certaines infections génèrent des lésions bénignes, comme des condylomes (verrues génitales), ou des lésions dites de bas grade du col de l'utérus ou de l'anus. Ces lésions régressent le plus souvent spontanément.

Si l'infection avec un HPV à Haut Risque persiste, elle entraîne des lésions qui peuvent évoluer vers un cancer dans un délai de 10 à 20 ans.

CHAQUE ANNÉE, EN FRANCE, LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS SONT À L'ORIGINE DE :

LES FEMMES SONT LES PLUS CONCERNÉES

2 920 cancers du col de l'utérus,
1100 cancers de l'anus,
360 cancers de l'oropharynx,
cavité orale et larynx,
200 cancers de la vulve et du vagin

2 500 à 3 000 lésions précancéreuses de la vulve, vagin et anus.



LES HOMMES SONT CONCERNÉS PAR PRÈS DE 30% DES CANCERS LIÉS AUX HPV

1 060 cancers de l'oropharynx,
360 cancers de l'anus,
plus de 200 de la cavité orale et larynx,
90 du pénis.

130 lésions précancéreuses de l'anus.

Chaque année en France, le nombre de cancers liés à l'infection par les HPV est estimé à environ 6 300, soit près de 2 % des cancers incidents.

* Source : IAS 2015 et INCa février 2021

Comment soigne-t-on les infections à HPV ?

La majorité des infections sont éliminées naturellement dans les 2 à 3 ans. Il n'existe pas de traitement agissant directement sur les virus.

TRAITEMENT DES VERRUES ANOGÉNITALES

Certains traitements, comme la cryothérapie (enlever les verrues en les gelant), sont indiqués pour les verrues anogénitales, d'autres, comme des crèmes, peuvent être administrés chez soi. Il faut souvent répéter le traitement. Le fait de ne plus voir la verrue ne signifie pas que l'infection à HPV est éliminée ; le virus peut demeurer présent, ce qui signifie que d'autres verrues peuvent se développer sans être exposé de nouveau au virus. Chez la plupart des personnes, les verrues disparaissent d'elles-mêmes à la longue.

Plus de 100 000 diagnostics de verrues génitales avec des récurrences fréquentes et des traitements ayant un impact sur la vie sexuelle et affective, ainsi qu'un certain nombre de papillomatoses laryngées touchent les 2 sexes.

TRAITEMENT DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

Le traitement des lésions précancéreuses identifiées est chirurgical.

Il faut discuter des traitements possibles avec un professionnel de la santé pour déterminer le meilleur choix adapté à chaque cas.

Les personnes immunodéficientes, particulièrement celles qui sont séropositives (HIV), peuvent nécessiter un suivi particulier.

Il est important de pratiquer une surveillance régulière après le traitement, pour s'assurer qu'il n'y a pas de récurrence.

La prévention primaire par la VACCINATION

Depuis 2018, un nouveau vaccin nonavalent protège, aussi bien les hommes que les femmes, contre les infections par HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 responsables de :

- 90% des verrues génitales (condylomes),
- 90% des cancers du col de l'utérus,
- des cancers de l'anus et de l'oropharynx (dont la cause est un HPV).



La prévention secondaire des cancers

Le dépistage du cancer du col de l'utérus permet d'identifier des lésions précancéreuses et cancéreuses et/ou la présence de HPV. Il est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans.

Il n'existe pas de dépistage au sens propre du terme pour le cancer de l'anus, les lésions de la bouche et des amygdales. Ces lésions peuvent être détectées par des médecins spécialisés, lorsque des symptômes existent.