

Avec le remboursement obtenu en première intention Le test HPV, enfin une réalité pour relancer le dépistage du cancer

Officialisé pendant le confinement, le remboursement du test HPV en première intention chez les femmes de plus de 30 ans va rendre plus efficace le dépistage du cancer du col de l'utérus et en améliorer le taux de couverture. Mis à l'arrêt forcé par la crise sanitaire, le dépistage se réorganise et des campagnes d'information se préparent.

● Le remboursement du test HPV en première intention dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 30 à 65 ans était attendu depuis plusieurs années par les professionnels de santé et les associations de patientes. Il a été officialisé en plein confinement par une parution au « Journal officiel » du 24 mars 2020, permettant la pleine application d'une recommandation émise par la Haute Autorité de santé (HAS) en juillet 2019 et d'un avis de l'Institut national du cancer (INCa) en 2016.

« Cela faisait des années que l'on attendait que les recommandations scientifiques et le remboursement convergent, se réjouit le Dr Bernard Huynh, gynécologue et trésorier de la Société française de colposcopie et de pathologie cervicovaginale (SFCPCV). Jusque-là, les recommandations étaient réservées aux femmes qui avaient les moyens de ne pas être remboursées. Nous pouvons désormais appliquer la meilleure



médecine à toutes les femmes, quelle que soit leur condition économique ».

Un dépistage plus efficace

Déjà utilisé dans plusieurs pays européens, le test HPV permet en effet d'améliorer la détection des lésions précancéreuses, de détecter les précancers plus précocement que la cytologie et d'espacer l'intervalle entre deux dépistages grâce à une valeur prédictive négative de 95 à 98 %.

Concrètement, les recommandations de la HAS prévoient de maintenir le frottis cervico-utérin (FCU) comme examen de dépistage primaire pour les femmes de moins de 30 ans. Il est en revanche remplacé par le test HPV, chez les femmes de plus de 30 ans. En cas de résultat négatif, l'intervalle avant un nouveau dépistage passe de trois à cinq ans. En cas de résultat positif, un FCU sera réalisé en triage, s'il est

positif, on réalise une colposcopie. En cas de FCU négatif, un contrôle HPV est recommandé à un an.

Le test HPV est également pris en charge pour décider d'une colposcopie chez les femmes présentant des atypies des cellules glandulaires (AGC), mais aussi pour la surveillance à un an après une colposcopie normale ou avec des lésions intraépithéliales de bas grade ou encore pour le suivi à six mois du traitement d'une lésion malpighienne intraépithéliale.

« Alors que l'on considère que le dépistage régulier de toute la population cible permettrait de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus de 90 %, le remboursement va favoriser l'accès aux tests de dépistage. C'est une excellente nouvelle », se féli-

cite le Dr Jean-Baptiste Méric, directeur du Pôle Santé Publique et Soins de l'INCa. Selon les données de Santé publique France (1), « parmi les 17,8 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans résidant en France, 10,4 millions avaient réalisé un FCU au cours de la période 2015-2017, soit un taux de couverture national de 58,7 % ». Le taux de couverture varie selon les territoires (de 42 % à 68 %) et diminue avec l'âge pour tomber à 44,2 % pour les femmes de 60 à 65 ans.

Passer le taux de couverture de 60 à 80 %

« Notre objectif est de faire passer le taux de couverture de 60 à 80 %, espère le Dr Jean-Baptiste Méric. Avec un meilleur taux de couverture, nous pourrions voir diminuer l'incidence et la mortalité de ce cancer ». L'Institut déploie depuis début 2019 un programme de dépistage organisé, dans le cadre duquel les femmes qui ne bénéficient pas de dépistage reçoivent une invitation par courrier.

Du côté des professionnels, un grand nombre est habilité à réaliser le prélèvement : « aussi bien les médecins traitants et les gynécologues que les sages-femmes ou les laboratoires de biologie médicale pourront effectuer le prélèvement sur prescription », rappelle le Dr Jean-Baptiste Méric.

« Il n'y a pas d'inquiétude pour la réalisation des tests HPV. L'enjeu porte sur la prise en charge des tests anormaux, estime le Dr Bernard

Huynh. Il faudra faire plus de colposcopies et qu'elles soient de qualité ». La SFCPCV, qui avait exprimé des craintes quant au nombre de spécialistes expérimentés, se veut plus rassurante et s'investit dans ce domaine, à la fois dans la formation à la colposcopie et dans l'assurance qualité de ces examens.

L'INCa élabore par ailleurs un contenu et des supports de formation à destination des professionnels de santé. Des sessions de formation et d'information seront organisées dans les prochains mois par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. La communication adressée au grand public a, quant à elle, été reportée en raison de la crise sanitaire. Après un arrêt du dépistage pendant le confinement, le défi est également de reprendre la prévention, sans qu'un calendrier n'ait été encore précisé. « Les choses se remettent en place progressivement, observe le Dr Bernard Huynh. Les patientes, même les plus inquiètes ou les plus à risque face au Covid, reprennent le chemin du dépistage et de la prévention, conscientes que le dépistage leur donne un avantage ».

Elsa Bellanger

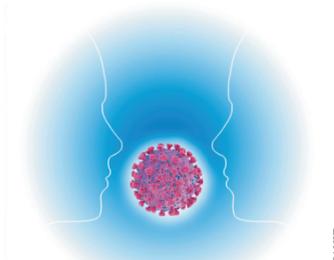
(1) Hamers FF, et al. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(22-23):417-23. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22_23_2.html

Dans la population islandaise La réponse humorale contre le Covid reste stable à 4 mois

Une étude sérologique islandaise montre que le taux d'anticorps contre le Covid reste stable jusqu'à quatre mois après le diagnostic. Pour autant, les incertitudes persistent quant à la protection conférée vis-à-vis d'une éventuelle réinfection.

● Selon une étude islandaise (1), le taux d'anticorps anti-SARS-CoV-2 reste stable jusqu'à quatre mois après l'infection : s'il augmente au cours des deux premiers mois suivant le diagnostic, il atteint ensuite un plateau. Les résultats de cette analyse sérologique sont publiés dans le « New England Journal of Medicine ». « On ne sait pas si les anticorps qui persistent confèrent une protection et conservent des fonctions neutralisantes ou d'autres fonctions protectrices nécessaires pour bloquer la réinfection, soulignent deux chercheurs américains, Galit Alter et Robert Seder, dans un éditorial. Néanmoins, les données rapportées par Stefansson et ses collègues mettent en évidence l'utilité des tests sérologiques en tant qu'alternatives très rentables aux tests PCR pour la surveillance de la population ».

À partir des données sérologiques, les chercheurs ont pu estimer que l'incidence de l'infection par le



Les échantillons sériques de plus de 30 000 individus ont été analysés

SARS-CoV-2 au sein de la population islandaise était de 0,9 %. La stratégie de dépistage massif du Covid par PCR mise en place en Islande – 15 % de la population a été testée au 15 juin – a permis de diagnostiquer par PCR 56 % des individus infectés. Selon les auteurs, le fait qu'une proportion importante des cas n'a pas été dépistée suggère que « de nombreuses personnes infectées n'ont pas présenté de symptômes importants ». Le risque de décès lié à l'infection a par ailleurs été évalué à 0,3 %. Au total, les échantillons sériques de plus de 30 000 individus ont été analysés. Six tests différents ont été utilisés, dont deux détectant l'ensemble des immunoglobulines (IgM, IgG et IgA), appelés pan-

Ig et ayant une spécificité de 99,8 %. Les auteurs ont considéré qu'un individu était séropositif dès lors que le résultat était positif pour ces deux tests pan-Ig. « Aucun des échantillons collectés au début de l'année 2020 n'était séropositif, ce qui indique que le virus ne s'était pas largement répandu en Islande avant février 2020 », relèvent les auteurs. Le premier cas confirmé ayant été rapporté le 28 février dans le pays.

Taux d'anticorps élevé chez les patients hospitalisés

L'étude montre que sur les 1 215 personnes ayant eu un Covid confirmé par PCR et guéries de l'infection, 91,1 % étaient séropositives. Les auteurs ont par ailleurs constaté que chez les personnes hospitalisées, la séroconversion était plus rapide et le taux d'anticorps plus élevé par rapport à celles non hospitalisées. Les taux d'anticorps étaient également plus élevés chez les patients âgés. En revanche, les taux d'anticorps étaient moins élevés chez les fumeurs et chez les femmes, celles-ci ayant des formes moins sévères de la maladie.

Charlène Catalifaud

(1) D. F. Gudbjartsson et al., NEJM, DOI: 10.1056/NEJMoa2026116, 2020.

Polyarthrite rhumatoïde Rinvoq, une nouvelle thérapie ciblée remboursée

L'upadacitinib, l'inhibiteur de JAK d'AbbVie, est disponible en rhumatologie.

● Rinvoq (upadacitinib) du laboratoire AbbVie est désormais pris en charge par l'Assurance-maladie chez les patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un ou plusieurs traitements de fond.

L'efficacité, la sécurité et la tolérance de cet inhibiteur sélectif et réversible de Janus kinase (JAK) ont été évaluées dans quatre études pivots de phase 3. Trois d'entre elles ont été menées sur des populations ayant une réponse insuffisante à un traitement conventionnel, généralement le méthotrexate. Dans SELECT-NEXT (n = 661) les patients ont reçu, en plus de leur traitement conventionnel, de l'upadacitinib (15 mg 1x/j, la dose ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché, ou 30 mg 1x/j) ou un placebo. Dans SELECT-COMPARE (n = 1629), ils ont reçu, en plus du méthotrexate, de l'upadacitinib (15 mg 1x/j) ou de l'adalimumab (40 mg 1 semaine sur 2). Dans SELECT-MONOTHERAPY, ils ont soit continué à recevoir du méthotrexate soit ont reçu de l'upadacitinib (15 mg 1x/j ou 30 mg

1x/j). Le critère de jugement principal a été atteint pour chacune des trois études : pour SELECT-NEXT, le DAS28-CRP ≤ 3,2 (indiquant une faible activité de la maladie) à la semaine 12 était significativement supérieur dans les groupes upadacitinib par rapport au groupe placebo (48 % dans les deux groupes vs 17 %) ; pour SELECT-COMPARE, le DAS28-CRP ≤ 2,6 (rémission clinique) à la semaine 12 était significativement supérieur dans le groupe upadacitinib par rapport au groupe placebo (29 % vs 6 % ; p < 0,001) ; pour SELECT-MONOTHERAPY, le DAS28-CRP ≤ 3,2 à la semaine 14 était significativement supérieur dans le groupe upadacitinib 15 mg par rapport au groupe méthotrexate (45 % vs 19 % ; p < 0,001).

Quant à la quatrième étude, SELECT-BEYOND (n = 661), elle a été menée chez des patients ne répondant plus à au moins une thérapie ciblée. Ils ont reçu, en plus de leur traitement conventionnel (généralement le méthotrexate), une dose d'upadacitinib (15 mg 1x/j ou 30 mg 1x/j) ou un placebo. Le critère de jugement principal, le DAS28-CRP ≤ 3,2 à la semaine 12 était significativement plus élevé dans le groupe upadacitinib 15 mg que dans le groupe placebo (43 % vs 14 % ; p < 0,001).

Stéphany Mocquery