

LANCEMENT DU DEPISTAGE HPV EN AUTOPRELEVEMENT

Depuis Juillet 2019, la **HAS** préconise de maintenir les modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) chez les femmes de 25 à 29 ans mais **recommande le test HPV-HR** (à Haut Risque) **en remplacement de l'examen cytologique pour les femmes de 30 à 65 ans.**

Epidémiologie

L'infection à HPV est l'**infection sexuellement transmissible la plus fréquente** et se transmet par contact cutanéomuqueux.

- Cela représente près de 3 000 nouveaux cas de cancers invasifs en France et plus de 1 000 décès chaque année.
- 3/4 des cas sont diagnostiqués chez des femmes, âgées de 25 à 64 ans.
- Le taux de couverture du dépistage et de la vaccination est insuffisant en France.

Physiopathologie

Environ 90% des infections à HPV sont transitoires car l'organisme élimine spontanément le virus mais dans près de 10 % des cas, le papillomavirus persiste. Il existe environ 40 types d'HPV, classés en fonction de leur potentiel oncogène :

- Une infection par des types à faible risque ou non oncogènes (ex : types 6 et 11) peut provoquer des **condylomes**.
- Les types d'HPV à haut risque (HR) peuvent provoquer le **CCU** et d'autres cancers anogénitaux et de l'oropharynx. 12 HPV sont considérés comme des cancérogènes avérés, dont les **HPV 16 et 18 sont les plus fréquents**.

Qui dépister ?

- Les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans ayant eu au moins un rapport sexuel.
- Les femmes invitées par le CRCDC (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers) : Dépistage orienté.
- Les femmes venues spontanément : Dépistage individuel.

>> A NOTER

Le dépistage inclut les femmes vaccinées contre les HPV, les femmes enceintes et les femmes ménopausées.

L'autoprélèvement arrive enfin !

- Nos techniques de diagnostic ont évolué depuis la mise en place de cette recherche d'HPV.
- Ainsi, à partir du 10 octobre 2022, GLBM-Biogroup vous propose un kit de dépistage « **HPV en autoprélèvement** ». (que vous pouvez commander auprès de votre laboratoire le plus proche)
- Ce kit est destiné à être distribué aux femmes qui ne se font pas suivre de façon très rigoureuse, et/ou qui sont mal à l'aise avec les examens gynécologiques plus invasifs. La patiente peut donc réaliser le prélèvement à son domicile et nous le rapporter au laboratoire.
- L'Autoprélèvement ne permettant pas de recueillir les cellules du col, en cas de positivité, il sera demandé à la patiente de revenir vers le prescripteur, ou une sage-femme, afin de réaliser un frottis cervico-vaginal pour recherche de cellules ASCUS. **Le laboratoire ne prélèvera plus les frottis cervico-vaginaux.**
- Notre kit « **HPV-FROTTIS** » existe toujours. Il contient un flacon THINPREP et une brosette pour prélever au col. En cas de recherche HPV positive, comme actuellement, ce même flacon sera envoyé à Eurofins Biomnis pour réalisation de la cytologie anapath. La patiente n'aura pas besoin d'être reprélevée.

Convention avec le CRCDC AURA

Les laboratoires BIOGROUPE de la région AURA ont signé une convention avec le **CRCDC AURA**. Tous les résultats des tests de dépistage HPV effectués dans nos laboratoires leur seront envoyés, et seuls les patientes qui n'ont pas fait l'objet de ce dépistage seront relancées à dates régulières.

Grace à tous ces moyens mis en œuvre, nous espérons apporter notre pierre à l'édifice dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, en ciblant ainsi une population de femmes jusqu'alors sous diagnostiquées.

ACTUALITES SUR LA TROPONINE

Le dosage de troponine pour les patients des laboratoires des Canuts (Charlieu) et des Echarmeaux (Chauffailles) se fera désormais avec une autre technique : Abbott Architect / Alinity (auparavant Biomérieux Vidas). L'impact pour la prise en charge est minime, puisque qu'il s'agit également d'un dosage hyper-sensible de la troponine I. Seules les valeurs des seuils décisionnels changent et sont adaptées au sexe. Il faut donc bien se fier aux valeurs indiquées sur le compte rendu.

Ainsi, l'ensemble de nos laboratoires effectue le dosage de la troponine selon la même technique (Abbott). Ceci est l'occasion d'un rappel sur les indications et interprétations de la troponine I hypersensible.

PLACE DE LA TROPONINE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS SANS SUS DECALAGE ST

Voici un exemple d'algorithme décisionnel issu des dernières recommandations ESC 2020 concernant la prise en charge des syndromes coronariens aigus sans sus décalage de ST ⁽¹⁾. La grande différence par rapport aux recommandations précédentes de 2015 est la préconisation d'un algorithme à 0h/1h voire 0h/2h (contre 3h en 2015).

Les algorithmes ne doivent être utilisés que conjointement avec toutes les informations cliniques disponibles, y compris l'évaluation détaillée des caractéristiques de la douleur thoracique et l'ECG.

Les algorithmes 0 h/1 h et 0 h/2 h de la ESC s'appliquent à tous les patients, indépendamment du moment d'apparition de la douleur thoracique. La spécificité (telle que quantifiée par la VPN) et la sensibilité sont très élevées (> 99 %), y compris dans le sous-groupe de patients se présentant très tôt (par exemple, <2 h). Toutefois, en raison de la cinétique de libération des troponines et du petit nombre de patients se présentant moins de 1 h après l'apparition de la douleur thoracique dans les études précédentes, l'obtention d'une concentration de troponine cardiaque supplémentaire à 3 h chez les patients s'étant présentés dans l'heure et non considérés comme atteints d'un SCA doit être envisagée.

Des augmentations tardives de troponine cardiaque ayant été décrites chez 1 % des patients, des analyses de troponine cardiaque en série doivent être effectuées si la suspicion clinique reste élevée ou chaque fois que le patient présente une récurrence de douleur thoracique.

Une seule valeur élevée de cTnl peut ne pas être suffisante pour poser le diagnostic d'infarctus du myocarde. Des analyses en série détectant l'augmentation et la chute temporelles des taux de cTnl sont recommandées pour différencier les événements cardiaques aigus des maladies cardiaques chroniques

**LE PATIENT PRÉSENTE DES SYMPTÔMES DE SCA (NON-STEMI) POSSIBLE :
EFFECTUER LE DOSAGE HsTnI
RÉSULTAT HsTnI AU MOMENT DE LA PRÉSENTATION (0 HEURE) :**



99^e percentile spécifique au sexe = F 15,6 ng/L, H 34,2 ng/L.

LD = limite de détection.

Δ = delta = variation sérielle.

Le delta spécifique au site doit être établi par le site ; références supplémentaires à examiner.

*Si un protocole à 1 h a été utilisé, envisager d'autres analyses en série à au moins 3 h, sauf si les critères de lésion myocardique aiguë sont remplis.

Sur notre compte rendu, apparaissent les valeurs seuils à appliquer à ce type d'algorithme :

Contexte de suspicion de syndrome coronarien aigu sans sus décalage de ST :

	Valeur d'exclusion*	99 ^e me percentile*	Risque élevé d'IDM*
Troponine T0h	< 4 ng/L	Homme 34 ng/ml Femme 16 ng/ml	Homme > 340 ng/ml Femme > 160 ng/ml
Variation significative			A 1h : variation > 6 ng/ml A 2h : variation > 15 ng/ml

* valeurs à appliquer aux algorithmes décisionnels selon les recommandations ESC 2020




(1) Collet JP et al, 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2020 Aug 29; ehaa575

PLACE DE LA TROPONINE DANS LA STRATIFICATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE CHEZ LES PATIENTS ASYMPTOMATIQUES

L'utilisation des troponines ultrasensibles afin d'évaluer le risque cardiovasculaire en dehors d'un contexte de SCA (patients asymptomatiques, souffrant d'insuffisance rénale, en chimiothérapie...) fait l'objet de nombreuses études mais n'est pas encore une démarche standardisée et validée.

C'est pourquoi Abbott ⁽²⁾ propose le test hsTnI comme premier biomarqueur à haute spécificité cardiaque, (d'après des études publiées sur plus de 100 000 patients), pour améliorer la prédiction des événements cardiaques futurs dans une population apparemment en bonne santé. Il pourrait être utilisé dans tous les environnements de soins et intégré dans la pratique clinique dans le cadre de bilans de santé existants.

Les seuils suivants pourraient être utilisés chez des individus asymptomatiques et combinés aux observations cliniques et diagnostiques, pourraient faciliter la classification des individus asymptomatiques à risque de MCV, notamment la mort cardiovasculaire, IM, la revascularisation coronaire, l'insuffisance cardiaque ou un accident vasculaire ischémique.

TAUX DE TROPONINE		INTERPRÉTATION
HOMMES (pg/ml)	FEMMES (pg/ml)	
< 6	< 4	 Faible risque de crise cardiaque future
≥ 6 à ≤ 12	≥ 4 à ≤ 10	 Risque modéré de crise cardiaque future
> 12	> 10	 Risque élevé de crise cardiaque future

(2) Communication Abbott « STRATIFIER LE RISQUE CARDIAQUE FUTUR : Comment un dosage de troponine I hypersensible peut vous aider à identifier le risque d'événements cardiaques futurs dans la population asymptomatique – document destiné aux médecins »



**Vous recevez des comptes rendus papier
inutiles ?**

Contactez nous

**Votre démarche eco responsable
permettra d'économiser des ressources**

Contact : Delphine Douspis

delphine.douspis@biogroup.fr

Le savez vous ?

L'industrie du papier est la 3^{ème} industrie la plus polluante (rejet de matières toxiques) et la 5^{ème} en activité énergivore .