

## Méthodes de dépistage visuelles : Des stratégies alternatives prometteuses

Étant donné les enjeux que représente la mise en place de services de prévention du cancer cervical performants, en particulier dans les pays en développement, il y a un intérêt considérable dans l'exploration de la précision et l'acceptabilité des méthodes visuelles permettant la détection du cancer cervical et/ou de ses précurseurs. Il existe plusieurs types de dépistage visuel. Les études les plus anciennes avaient recours à une inspection visuelle, qui consistait simplement en une inspection du col à l'œil nu à la recherche de tout signe de cancer précoce. Également connue sous le terme de « *stadification* », cette méthode ne permettait pas une identification précise des lésions précurseurs ou du cancer.<sup>1</sup> L'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) est une méthode de dépistage plus prometteuse pour l'identification des femmes avec des lésions précancéreuses de haut grade.

### IVA : Présentation

La méthode IVA consiste à badigeonner le col utérin avec une solution contenant

3- à 5- pour cent d'acide acétique (vinaigre) avant l'inspection visuelle. Les différences de structure et d'opacité des cellules précancéreuses font paraître les cellules anormales temporairement blanches quand elles sont exposées à cette solution. Le personnel soignant effectuant le test peut ainsi déterminer si le résultat du test est positif ou négatif en ce qui concerne la présence de lésions précancéreuses ou de cancer.

### L'IVA est une méthode prometteuse

De nombreux aspects de l'IVA en font une méthode intéressante pour l'utilisation dans des zones à ressources limitées. Dans la plupart des cas, les coûts associés au lancement et au maintien du dépistage par l'IVA sont inférieurs aux coûts associés à d'autres méthodes. L'IVA est une méthode relativement simple, d'apprentissage facile, qui repose presque seulement sur l'infrastructure pour une performance adéquate, en supposant qu'un personnel suffisamment formé soit disponible. La méthode ne nécessite aucune intervention de laboratoire et par ailleurs les non-

médecins peuvent pratiquer la procédure, à condition qu'ils reçoivent une formation adéquate et continue. En conséquence, la méthode d'IVA permet potentiellement une plus grande couverture de la population que les autres méthodes de dépistage existantes. Les résultats de cette méthode sont immédiatement disponibles, permettant une prise en charge plus avancée, y compris la référence pour d'autres tests ou l'offre d'un traitement immédiat des lésions précancéreuses suspectes pendant la même visite.

Il est cependant important de souligner que l'IVA est moins efficace chez la femme après la ménopause en raison de la tendance qu'a la jonction pavimonto-cylindrique (le point de rencontre entre les cellules cylindriques et les cellules épithéliales exocervicales du col utérin) à se retirer à l'intérieur de l'orifice cervical, rendant l'observation des lésions difficile. Les frottis de bonne qualité ont également tendance à être plus difficiles à obtenir et leur interprétation est moins fiable chez les femmes ménopausées.

## Résultats d'études récentes sur le dépistage par IVA

Auteur principal (année)	Pays	Nombre de femmes	Sensibilité	Spécificité	Degré de qualification du fournisseur	Niveau de gravité de la maladie détectée
<i>Sans biais de vérification*</i>						
Belinson et al. (2001) <sup>2</sup>	Chine	1,997	71%	74%	Cancérologue Gynécologue	CIN II <sup>†</sup> et stade plus sévère
University of Zimbabwe/ JHPIEGO (1999) <sup>3</sup>	Zimbabwe	2,130	77%	64%	Infirmier/Infirmière Sage-femme	HSIL <sup>‡</sup> et stade plus sévère
<i>Avec biais de vérification</i>						
Denny et al. (2000) <sup>4</sup>	Afrique du Sud	2,944	67%	88%	Infirmier/Infirmière	HSIL et stade plus sévère
Sankaranarayanan et al. (1999) <sup>5</sup>	Inde	1,351	96%	65%	Infirmier/Infirmière	Dysplasie modérée/sévère et stade plus sévère
Sankaranarayanan et al. (1998) <sup>6</sup>	Inde	2,935	90%	92%	Cytotechnicien(ne)	Dysplasie modérée/sévère et stade plus sévère
Londhe et al. (1997) <sup>7</sup>	Inde	372	72%	54%	Non précisé	CIN II et stade plus sévère
Megevand et al. (1996) <sup>8</sup>	Afrique du Sud	2,426	66%	98%	Infirmier/Infirmière	CIN II et stade plus sévère
Cecchini (1993) <sup>9</sup>	Italie	2,105	75%	75%	Sages-femmes	HSIL et stade plus sévère
Slawson et al. (1992) <sup>10</sup>	Etats-Unis	2,827	29%	97%	Médecins	HSIL et stade plus sévère

\*Il y a biais de vérification lorsque le test de référence n'est pas effectué sur tous les sujets de l'étude, notamment sur les femmes dont les résultats du test de dépistage sont négatifs.

<sup>†</sup> Néoplasie cervicale intra-épithéliale ou CIN (pour plus d'informations sur la terminologie, reportez-vous à l'aide-mémoire PATH intitulé : **Test de Papanicolaou**).

<sup>‡</sup> Lésions squameuses intra-épithéliales de haut grade ou HSIL (pour plus d'informations sur la terminologie, reportez-vous à l'aide-mémoire PATH intitulé : **Test de Papanicolaou**).

## Méthodes alternatives s'inspirant de l'IVA

Afin d'augmenter la spécificité de l'IVA, d'autres méthodes apparentées à l'IVA sont étudiées. L'inspection visuelle à l'aide de soluté de Lugol (IVL) au lieu d'acide acétique est une méthode prometteuse. L'IVL consiste à appliquer une solution à base d'iode pour obtenir une coloration temporaire des cellules cervicales normales en brun, laissant les cellules anormales avec une apparence jaune ou non colorée. Une recherche plus poussée est nécessaire pour déterminer si l'IVL offre des avantages significatifs par rapport à l'IVA.

## L'IVA peut être raisonnablement précise

Plusieurs études portant sur la précision de l'IVA ont permis d'établir que la technique était raisonnablement précise,<sup>11</sup> mais les différences entre les protocoles d'étude, les populations étudiées et la formulation des résultats rendent difficile une généralisation entre les études. En outre, le biais de vérification a constitué un problème dans de nombreuses études car certains sujets de l'étude n'ont pas été soumis au test de référence, notamment les femmes dont les résultats au test de dépistage étaient négatifs. Ce biais tend à gonfler les estimations de la sensibilité du test en cours d'évaluation, et s'est avéré un problème commun lors de nombreuses évaluations de techniques de dépistage, incluant les tests de cytologie et les tests VPH (virus du papillome humain). Cependant, on peut tirer certaines grandes conclusions relatives à l'utilité de l'IVA dans des zones aux ressources limitées ; elles sont basées sur des résultats provenant de travaux publiés ou non. En général, pour la détection de dysplasies de haut grade dans des zones aux ressources limitées, la sensibilité de l'IVA est au moins égale à celle de la cytologie, alors que la spécificité de l'IVA est plutôt inférieure. Toutefois, la replicabilité de l'IVA à une grande échelle aux milieux cliniques n'est pas connue.

La spécificité limitée de l'IVA est un problème pour certains en raison du

risque de traitement inutile de femmes aux résultats faux-positifs. Le traitement de ces femmes risque de représenter une charge supplémentaire pour le système de santé et d'augmenter les coûts, que ce soit pour le système de santé ou pour les femmes concernées. De même, ce traitement peut potentiellement présenter une source d'inconfort inutile ou des risques au niveau de la santé. Des recherches supplémentaires s'avèrent nécessaires afin de clarifier les implications relatives aux coûts et à la santé, découlant du dépistage par l'IVA de faux-positifs, notamment lors du traitement de femmes sans lésions précancéreuses.

## Un élément essentiel à la réussite de cette méthode : la formation du personnel soignant

Une formation continue et appropriée est essentielle pour permettre au personnel soignant d'évaluer les caractéristiques d'une lésion et établir une évaluation précise. Les lésions varient par leur taille, épaisseur, opacité et définition de leurs marges (des lésions relativement importantes, épaisses, plus opaques, aux marges nettes, adjacentes à la jonction pavimonto-cylindrique suggèrent une gravité plus élevée). De même que pour la cytologie, la nature subjective du test rend nécessaire le développement de normes de diagnostic universelles. La faisabilité de l'IVA dans le cadre d'un dépistage à grande échelle n'a pas été évaluée et, dans une large mesure, elle sera déterminée par l'efficacité des efforts relatifs à la formation et au contrôle.

## Recommandations

- Au cas où l'IVA fait partie d'un programme du dépistage du cancer cervical, vérifiez que les personnels soignants, y compris les non-médecins, reçoivent une formation appropriée et soient supervisés de façon régulière afin de maximiser leurs compétences en IVA et en classification des résultats.
- Surveillez la performance de l'IVA et développez les procédures visant à l'amélioration qualitative afin de garantir que le personnel exécute l'IVA de façon appropriée.
- Outre les améliorations relatives à la qualité, recherchez des façons d'améliorer la précision de l'IVA et identifiez les facteurs essentiels

contribuant à sa viabilité en tant que méthode de dépistage.

- Mettez en place des protocoles de suivi liant le dépistage, le diagnostic (s'il est utilisé), le traitement et la surveillance des femmes traitées.
- Soutenez la recherche étudiant l'utilisation de l'IVA en tant que partie d'un processus de dépistage en deux étapes, avec IVL, IVAG (L'IVA avec grossissement), test de Papanicolaou ou test VPH.

## Références

1. Wesley R, Sankaranarayanan R, Mathew B et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *British Journal of Cancer* 75(3):436-440 (March 1997).
2. Be linson JL, Pretorius RG, Zhang WH et al. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstetrics & Gynecology* 98(3):441-444 (September 2001).
3. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 353(9156):869-873 (March 1999).
4. Denny L, Kuhn L, Pollack A et al. Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer* 89(4):826-833 (August 2000).
5. Sankaranarayanan R, Shyamalakumary B, Wesley R et al. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor]. *International Journal of Cancer* 80(1):161-163 (January 1999).
6. Sankaranarayanan R, Wesley R, Somanathan T et al. Visual inspection of the uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. *Cancer* 83(10):2150-2156 (November 1998).
7. Londhe M, George SS, Seshadri L. Detection of CIN by naked eye visualization after application of acetic acid. *Indian Journal of Cancer* 34(2):88-91 (June 1997).
8. Megevand E, Denny L, Dehaeck K et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics & Gynecology* 88(3):383-386 (September 1996).
9. Cecchini S, Bonardi R, Mazzotta A et al. Testing cervicography and cervicocopy as screening tests for cervical cancer. *Tumori* 79:22-25 (February 1993).
10. Slawson D, Bennett J, Herman, J. Are Papanicolaou smears enough? Acetic acid washes of the cervix as adjunctive therapy: a HARNET study. *Journal of Family Practice* 35(3): 271-277 (September 1992).
11. Kitchener HC, Symonds P. Detection of cervical intraepithelial neoplasia in developing countries [comment]. *Lancet* 13(353):856-857 (March 1999).

## Membres de l'Alliance pour la prévention du cancer cervical

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001 USA, Tel: (212) 561-8000

IARC (International Agency for Research on Cancer), 150, cours Albert-Thomas, F-69372, Lyon cedex 08, FRANCE, Tel: 33-472738599

JHPIEGO Corporation, 1615 Thames Street, Baltimore, Maryland 21231 USA, Tel: (410) 955-8618

PAHO (Pan American Health Organization), 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA, Tel: (202) 974-3890

Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Agence responsable pour la coordination de l'Alliance, 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107 USA, Tel: (206) 285-3500

Ce document a pu être établi grâce au soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates à travers l'Alliance pour la prévention du cancer cervical (Alliance for Cervical Cancer Prevention, ACCP).

e-mail ACCP : [accp@path.org](mailto:accp@path.org) site web ACCP : [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org)

Avril 2003