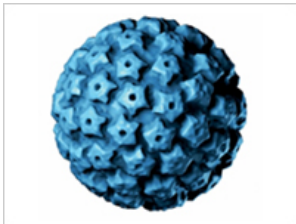


On vous a prescrit un test HPV. Qu'est-ce que le HPV (papillomavirus humain) ? Qu'est-ce que le test HPV ?



Comprendre l'infection génitale à papillomavirus

(à gauche, photo du virus au microscope électronique)

Qu'est-ce que le HPV ?

Les HPV (Human PapillomaVirus) sont des virus très répandus qui affectent la peau et certaines muqueuses de l'organisme. Près de 80 types viraux sont aujourd'hui identifiés. Une vingtaine environ a un impact possible au niveau des muqueuses génitales (col, vagin, vulve), de la peau de la vulve, du périnée et la région anale. Le site le plus fréquemment concerné, car le plus réceptif, est **le col de l'utérus**.

Si certains types de Papillomavirus sont considérés comme des facteurs de risque de cancer du col, la majorité des femmes qui ont été exposées à ces virus s'en débarrassent spontanément. Seules 5 % d'entre elles peuvent, si elles ne sont pas dépistées, développer un cancer du col. Le HPV donne donc une chance supplémentaire aux femmes de reconnaître précocement l'infection et de déterminer si elles sont à risque de cancer du col. Par la prise en charge adaptée des lésions à risque, la prévention, toujours gagnante, de ce cancer est ainsi rendue possible.

Quels sont les différents types de Papillomavirus ?

HPV à bas risque

Il s'agit le plus souvent des HPV de type 6 et 11 responsables des condylomes acuminés génitaux. On peut également retrouver ces types viraux dans les condylomes et les dysplasies légères dans moins de 30 % des cas. Parce qu'ils ne sont jamais associés au cancer du col, ils sont considérés comme à bas risque.

HPV à haut risque

Il s'agit des HPV 16 et 18 le plus souvent. Plus de 18 types viraux sont considérés. Parce qu'on les retrouve associés au cancer du col dans presque 100 % des cas, ces types viraux sont appelés Papillomavirus à risque. On les retrouve essentiellement dans les lésions de bas grade ou CIN I (70 %) et dans les lésions de haut grade CIN II, III (98 %).

Le site le plus fréquemment concerné par l'infection à Papillomavirus est le col de l'utérus. Ceci tient à la vulnérabilité particulière de la zone de transformation du col. Cependant, le vagin, la vulve, l'anus peuvent plus rarement être le siège de lésions dysplasiques, les virus à risque pénétrant la muqueuse au travers des micro-traumatismes. Le risque de cancer est moins fréquent pour les lésions de la vulve et de l'anus.

Quels sont les effets des HPV ?

Les individus sont inégaux face à l'infection à Papillomavirus. Trois situations sont observées après exposition aux virus :

L'infection à HPV dite latente (portage sain du virus) correspond à la présence du virus au niveau des muqueuses ou de la peau sans aucune anomalie ou lésion visible. L'infection est dite latente ou inactive. Le virus peut rester « dormant » des mois voire des années durant sans développer d'anomalie. Dans la grande majorité des cas, l'immunité, qui fait suite à cette infection, permet de se débarrasser spontanément des virus. Pendant cette période, les virus dormants ne se multiplient pas. L'infection latente n'est donc pas contagieuse. La majorité des individus concernés par ces infections latentes n'ont pas connaissance de leur infection puisqu'elle n'entraîne aucune anomalie visible et aucun symptôme.

Lorsque le sujet, pour des raisons qui lui sont propres, n'a pas développé l'immunité nécessaire pour éliminer ces virus, il développe **une infection « qui persiste »**. La persistance du virus au niveau des muqueuses et en particulier du col, entraîne des anomalies des cellules en particulier d'une zone privilégiée et vulnérable appelée **la zone de transformation**. Les cellules infectées subissent alors des modifications morphologiques qui sont détectées à l'occasion **des frottis**. On parle alors d'infection active. Les lésions peuvent être reconnues après examen du col au microscope (colposcopie). Elles apparaissent sous forme de « taches » qui peuvent alors être prélevées (biopsies). Ces « taches » qui sont toujours bénignes, encore appelées **dysplasies** ou **CIN** (Cervical Intraepithelial Neoplasia), sont de grade 1, 2 ou 3 selon la sévérité des modifications cellulaires. Ces lésions sont considérées, à des degrés divers, comme des anomalies à risque de cancer. Non

détectées, elles peuvent faire le lit du cancer du col dans un laps de temps relativement long. Toutes les lésions précancéreuses du col utérin sont associées au groupe de **Papillomavirus dits à risque**. Le site le plus souvent concerné par le risque de cancer, au niveau génital, est le col utérin du fait de la vulnérabilité de la zone de transformation aux Papillomavirus à risque.

Les verrues génitales, encore appelées **condylomes acuminés** ou encore « **crêtes de coq** », constituent la troisième situation. Ces anomalies sont toujours bénignes et n'ont pas de risque de cancer. Elles sont induites par **les Papillomavirus dits à bas risque** (5 virus appartiennent à ce sous-groupe). Les sites les plus souvent concernés sont la vulve, le périnée, l'anus, plus rarement le col et le vagin. La coexistence de condylomes acuminés et de dysplasies est possible en particulier dans un certain contexte. Les verrues génitales vont alerter alors votre médecin pour une exploration plus complète du col.

Quelle est l'étendue de l'infection à HPV ?

La fréquence de l'infection génitale à Papillomavirus, chez la femme de plus de 30 ans, est évaluée à 10-15 %. Toutefois, seulement 1 % des sujets présentent des condylomes acuminés et 3 % environ des dysplasies du col ou CIN tous grades confondus. En se basant sur une population féminine mondiale de 2.7 milliards de femmes dans le monde, on estime à 6 millions la fréquence des précancers du col utérin dans les pays développés et à 20 millions dans les pays en voie de développement ; alors que 600 000 femmes seraient affectées par le cancer du col dans les pays développés et 2 millions dans les pays en voie de développement. Cette forte fréquence de l'infection à Papillomavirus et des lésions qu'elle génère soulève un problème important de santé publique. Alors que le nombre de cas annuels de cancer du col dans le monde est évalué à 500 000, 75 % de ces cas sont observés dans les pays en voie de développement. En Europe, on recense chaque année environ 58 000 nouveaux cas et 16 000 aux Etats-Unis. On estime à 325 millions les femmes dans le monde porteuses d'HPV sous la forme de lésions visibles ou invisibles.

En France, grâce au **dépistage par frottis**, le nombre annuel de cancer du col a diminué ces 20 dernières années. 4 000 nouveaux cas sont répertoriés en moyenne tous les ans. Parmi ces cas, plus de la moitié concernent des femmes qui n'ont pas eu de dépistage ou dont le dépistage a été trop espacé (au-delà de trois ans). Dans les pays développés, le risque pour une femme de développer un cancer du col est évalué actuellement à 1 % comparé aux 5 % observés dans les pays en voie de développement qui ne disposent pas de structure de dépistage, suggérant ainsi le rôle prépondérant du dépistage dans la prévention de la maladie.

Le cancer du col est une maladie évitable. En effet, il est bien démontré que la prise en charge adaptée des lésions précancéreuses du col utérin (dysplasies légères moyennes et sévères ou CIN1, 2 et 3), basée sur un protocole comprenant un frottis, la pratique d'une colposcopie après un frottis anormal, le traitement et le suivi adéquat des lésions précancéreuses, permet d'éviter la maladie. **Le diagnostic précoce le plus performant demeure un défi à relever**. Le col est un des seuls sites de l'organisme où les outils de dépistage permettent de protéger les sujets qui s'y soumettent.

Quelle relation entre HPV et cancer du col ?

Bien que les Papillomavirus soient les agents responsables du cancer du col (ces virus sont retrouvés dans les lésions précancéreuses et cancéreuses dans 90 à 100 % des cas), on peut considérer cet indicateur comme un marqueur « salubre », sa révélation précoce permettant de prendre en charge, le plus tôt possible, les lésions à risque et de faire protéger les sujets de tout risque évolutif.

Il faut cependant se souvenir :

- Que seulement 5 % des femmes concernées par cette infection ont un risque potentiel de développer un cancer du col.
- Que les lésions, mises en évidence par la présence de ce marqueur, se traitent avec succès.
- Que le traitement des lésions précancéreuses ainsi détectées précocement permet de prévenir le cancer.
- Que la majorité des sujets exposés au virus s'en débarrassent spontanément (infection transitoire). Seuls ceux qui gardent le virus à l'état persistant peuvent développer des lésions actuelles ou futures qu'il est toujours possible de traiter avec succès.

Comment reconnaît-on l'infection à HPV ?

Pour l'infection latente, seul un test viral peut la révéler. En pratique, il n'est pas déterminant de les reconnaître car la majorité des sujets concernés ne développeront pas de lésion. **En général, l'infection à HPV est révélée par la détection des cellules infectées par le virus à l'occasion d'un frottis de dépistage**. Ce sont les cellules modifiées par le virus, que l'on observe sur le frottis, qui amènent alors à demander une colposcopie (examen au microscope des muqueuses génitales en particulier du col utérin) qui permet d'identifier la lésion éventuelle, le plus souvent bénigne, parfois précancéreuse. Elle permet de pratiquer des prélèvements (biopsies dirigées) qui confirment la nature des lésions appelées condylome plan, dysplasie légère, moyenne ou sévère encore appelées CIN1, 2 ou 3.

Pour les verrues génitales ou condylomes acuminés, le diagnostic est le plus souvent visuel.

Y a-t-il des symptômes permettant de reconnaître cette infection ?

Aucun symptôme n'accompagne l'infection à Papillomavirus. Ceci suggère l'importance du dépistage précoce le plus performant possible.

Exceptionnellement, les condylomes acuminés peuvent se révéler à l'occasion d'un prurit persistant. Le frottis de dépistage permet justement de reconnaître les cellules modifiées par les Papillomavirus.

La majorité des modifications significatives des cellules du col sont induites par les HPV. Le frottis anormal est donc le premier signe d'une infection à HPV révélant ainsi un risque éventuel de cancer du col. Lorsque les modifications des cellules sont mineures, dans la majorité des cas, celles-ci redeviennent normales dans un délai plus ou moins long, le sujet se débarrassant spontanément du virus en mettant en place des mécanismes de défense immunitaire ; ce rejet du virus peut se produire sur plusieurs mois. Si ce n'est pas le cas, la persistance de l'infection, au niveau des cellules, génère alors des modifications significatives des noyaux des cellules. Ce processus de persistance de l'infection peut se produire sur plusieurs années. Non détectées, ces cellules modifiées par le virus peuvent évoluer en cancer. **Toutes les femmes qui ont des lésions à Papillomavirus se portent bien même lorsque le frottis est anormal**. Avec un dépistage régulier, les anomalies du col peuvent être ainsi détectées à un stade précoce de lésion bénigne simplement à risque. Leur traitement évite le développement d'un cancer du col dans la presque totalité des cas.

Quelle est la signification d'un frottis anormal ? Le frottis de dépistage permet, par un prélèvement sur le col, l'examen des cellules. La terminologie la plus souvent employée pour interpréter les frottis est la terminologie dite de Bethesda. Lorsque le frottis est anormal (présence de cellules modifiées, le plus souvent bénignes), une colposcopie est recommandée.

La colposcopie est l'examen du col avec une loupe grossissante qui permet d'évaluer les modifications de la zone de transformation du col, zone qui justement a été préalablement infectée par les Papillomavirus.

Lorsque des anomalies sont observées, le plus souvent sous la forme de taches au niveau de la zone de transformation, un prélèvement (biopsie) permet de préciser la nature exacte de cette lésion. Ces lésions sont alors classées en :

- **Lésion de bas grade** appelée encore **condylome plan, dysplasie légère** ou **CIN1**
- **Lésion de haut grade** appelée **dysplasie moyenne à sévère** ou **CN2-3**
- Parfois des **anomalies des cellules non spécifiques** sont retrouvées. Il s'agit d'anomalies le plus souvent réactionnelles qui ne sont pas sous tendues par une vraie lésion. Ces anomalies sont encore appelées **ASCUS** (atypies cellulaires de nature mal définie).

Comment est-on exposé aux HPV ?

La transmission des Papillomavirus se fait le plus souvent **par contact sexuel**. Lorsque la femme est porteuse d'une dysplasie (CIN), découverte au frottis et confirmée par la colposcopie, celle-ci a été exposée au Papillomavirus lors d'un contact sexuel très antérieur au diagnostic de la dysplasie. Cette exposition peut remonter à des mois voire des années. Durant cette période, le virus est resté « dormant » ou « inactif » au niveau des muqueuses génitales, si bien que les frottis qui ont été pratiqués depuis ce moment-là ont pu être normaux. L'existence d'une infection à Papillomavirus découverte à l'occasion de cette dysplasie ne signifie pas pour autant que le partenaire actuel soit porteur d'une lésion à HPV.

Dans plus de 90 % des cas, le partenaire actuel est indemne de toute lésion. Cela signifie que si l'homme a transmis le virus des années auparavant, dans la grande majorité des cas les infections chez eux sont éphémères ou transitoires car ils sont moins vulnérables aux HPV à haut risque que la femme.

La femme qui est porteuse d'une lésion à HPV doit-elle en parler à son partenaire ?

Si on admet que la transmission des HPV se fait par contact sexuel, le risque pour le partenaire masculin d'une femme ayant une dysplasie d'avoir des lésions à HPV est inférieur à 10 %.

Les virus HPV à risque contenus dans une dysplasie sont en général en quantité réduite. La transmissibilité du virus du col aux parties génitales de l'homme est très faible voire nulle. Il est démontré, par ailleurs, que l'examen du partenaire ne modifie en rien l'histoire naturelle des lésions du col utérin de la femme. **Il n'est donc pas indispensable d'examiner le partenaire masculin d'une femme qui présente une dysplasie.** On peut simplement recommander aux hommes de s'observer et de consulter en cas d'anomalie observée sur la peau ou la muqueuse de la verge, de type : verrues, élévures ou pigmentation anormale qui pourrait suggérer une lésion à HPV. **Cependant, dans certains couples, l'examen du partenaire peut apaiser angoisse ou inquiétude.**

Tous les sujets ne sont pas égaux face à l'infection à Papillomavirus à risque. L'immunité, et probablement des facteurs génétiques, sont déterminants à l'élimination du virus ou au développement des lésions. Dans ces conditions, lorsqu'une femme est porteuse d'une dysplasie, la transmissibilité du virus à l'homme est pratiquement inexistante et, dans la grande majorité des cas, il n'est pas ou plus porteur lui-même de lésions à HPV. En supposant que le partenaire soit porteur de lésions génitales à HPV, il n'est pas prouvé que les récurrences chez la femme traitée soient liées au partenaire non traité. On admet, cependant, que l'examen du partenaire dans ce cas de figure peut rassurer le couple. A ce titre, l'infection à HPV à risque n'est pas une maladie sexuellement transmissible comme les autres.

Lorsque la femme ou l'homme est porteur de condylomes acuminés, les virus sont présents en quantité importante dans ces lésions qui occupent souvent une large surface. Il s'agit dans ce cas d'une réelle maladie sexuellement transmissible. Le partenaire masculin d'une femme ayant des condylomes acuminés génitaux a un risque d'environ 50 % d'avoir lui-même des lésions de même nature sur le sexe. **Les condylomes acuminés génitaux sont fortement transmissibles.** La transmission des virus se fait le plus souvent par contact sexuel et parfois lors de contact avec des objets ou une surface souillée (linge de toilette, etc...).

A la différence des lésions à Papillomavirus à risque du col utérin, le délai d'apparition des condylomes acuminés génitaux externes, après l'exposition au virus, est de quatre semaines à huit mois. Cependant, l'apparition des lésions acuminées après un ou plusieurs contacts n'est pas systématique chez le partenaire si ses défenses immunitaires lui permettent d'éliminer le virus. **L'examen du partenaire est donc nécessaire lorsqu'on est porteur de condylomes acuminés.**

Que faut-il savoir sur le test HPV ?

Les techniques nouvelles de détection de ces virus sont aujourd'hui disponibles. Ces techniques permettent d'identifier ces virus après en avoir extrait leurs brins ADN des cellules infectées. En pratique, il n'est pas nécessaire d'analyser le type de virus concerné mais de reconnaître si le virus appartient au groupe des Papillomavirus à bas risque ou à haut risque. La technique d'Hybride Capture, simple, objective et reproductible, permet d'identifier ces deux groupes viraux et de quantifier leur présence.

A – Dans quelles circonstances peut-on bénéficier du test HPV ?

L'indication habituelle concerne les femmes qui ont un frottis anormal dans la catégorie modifications mineures. En effet, lorsqu'une femme présente des frottis évoquant une lésion de haut grade (lésion précancéreuse), dans plus de 80 % des cas elle présente réellement une lésion de haut grade. La prise en charge de cette lésion ne pose alors aucune difficulté puisque son traitement permet, en traitant la lésion précancéreuse, d'éviter le cancer.

Lorsque les frottis montrent des modifications mineures de nature mal définie (frottis appelés ASCUS dans la nouvelle terminologie), il s'agit d'un frottis anormal qui inquiète la patiente. Dans ces conditions, le test viral prend toute sa valeur. En effet, l'absence de Papillomavirus à risque dans ce frottis indique l'absence de lésion sous-jacente significative dans la quasi-totalité des cas, ce qui permet de la rassurer et d'éviter de faire des examens complémentaires ou des contrôles réguliers auprès de son médecin. Les anomalies mineures observées au niveau du frottis sont le plus souvent réactionnelles et non spécifiques. A l'inverse,

lorsqu'on détecte des Papillomavirus à risque, on peut considérer ces modifications mineures comme le signe d'une lésion sous-jacente à risque ou précancéreuse. La patiente est alors convoquée pour une coloscopie et des biopsies. Un traitement adapté, en cas de confirmation, est alors proposé. Aucun traitement ne saurait être envisagé sur la base d'un test HPV positif seulement.

B – Y a-t-il une place au test HPV chez les femmes « tout venant » dont les frottis sont normaux et dans le cadre du dépistage ?

Cette approche prometteuse est encore en évaluation. Actuellement, le dépistage qui est proposé aux femmes ne tient pas compte du facteur de risque HPV. En effet, on considère toutes les femmes comme potentiellement à risque de cancer du col. Or, après 30 ans, seulement 10 % d'entre-elles, celles qui justement portent les Papillomavirus à risque sous une forme persistante, sont à risque potentiel de développer un cancer du col. Aussi l'introduction d'un test complémentaire HPV au frottis de dépistage permettrait :

- D'augmenter la sensibilité de détection du frottis de 12 à 35 %.
- De libérer 90 % des femmes HPV négatif de frottis rapprochés. Un rythme de frottis de 3 ans peut être proposé, sans risque, aux femmes ayant un frottis normal et HPV négatif.
- A l'inverse, les femmes HPV positif, qui représentent 10 % de la population après 30 ans, seraient soumises à un suivi régulier. Seules seraient prises en compte, pour une prise en charge, celles dont le HPV persiste au niveau du col plus de six mois. Ce couplage frottis + test HPV ne peut être encore proposé à toutes les femmes avant l'évaluation du coût/bénéfice lié à cette démarche.

C – Quel test permet de protéger au mieux les femmes du cancer du col ?

Le test HPV est celui qui aura la meilleure sensibilité à détecter les lésions précancéreuses. Pourquoi rajouter un autre test pour la prévention du cancer du col ?

Bien que le frottis de dépistage ait entraîné une réduction très importante de l'incidence et de la mortalité par cancer du col, et en dépit du fait qu'il est presque toujours possible d'éviter ce cancer, le cancer du col demeure une réalité, malgré le nombre important de frottis pratiqués tous les ans. Une des raisons majeures est l'absence de dépistage ou un dépistage trop espacé. Cependant, on continue à observer des cancers du col chez des femmes régulièrement dépistées, ce qui est contraire à la logique d'une maladie évitable.

Une des raisons tient à la sensibilité du frottis dont il est démontré qu'elle ne dépasse pas 70 %. En d'autres termes, si le frottis est un très bon outil de détection des lésions précancéreuses, il n'est pas toujours le miroir exact de la pathologie du col. L'introduction d'un test viral complémentaire au frottis permettrait d'augmenter la sensibilité de détection des lésions précancéreuses de l'ordre de 10 à 25 % et, lorsqu'il est négatif, de rassurer totalement les patientes dont les frottis présentent des modifications mineures. Il est légitime de penser que le couplage frottis et test HPV permet de protéger totalement du cancer du col les femmes qui s'y soumettent.

D – Que dire à une patiente dont le test HPV est positif ?

Lorsque les frottis sont normaux, il est recommandé de ne réaliser le test HPV qu'après l'âge de 30 ans car beaucoup de femmes sont porteuses saines de Papillomavirus avant cet âge. Pratiquer ce test avant 30 ans induirait des inquiétudes à tort chez beaucoup de femmes, la majorité des sujets se débarrassant spontanément du virus après l'âge de 30 ans. Il n'est donc pas recommandé, chez les femmes tout venant, de demander un test HPV avant l'âge de 30 ans.

Après l'âge de 30 ans, un test HPV positif chez une femme qui a un frottis normal doit être pris en considération, en particulier lorsque ce test demeure positif six à neuf mois plus tard, témoignant d'une infection persistante et d'un risque éventuel de lésions sous-jacentes précancéreuses actuelles ou futures.

Lorsque les frottis montrent des modifications mineures, la présence de Papillomavirus à risque permet d'identifier des lésions précancéreuses dans près de la moitié des cas suggérant de poursuivre les investigations (coloscopie et biopsie) afin de traiter cette patiente. A l'inverse, l'absence de Papillomavirus exclut, dans presque 100 % des cas, une lésion sous-jacente et donc une prise en charge ou un suivi régulier.

Il s'agit donc d'une approche rationnelle complémentaire au frottis qui permet de rassurer en l'absence d'HPV à risque et de prendre en charge de façon plus ciblée en cas de Papillomavirus à risque positif.

E – Le test HPV est-il remboursé ?

En France, à ce jour, le remboursement du test HPV n'est accordé que dans le cas de frottis ambigus encore appelés ASC-US. La base du remboursement est d'environ 38 Euros. D'autres indications potentielles (suivis des femmes traitées, dépistage primaire après 30 ans, discordances...) sont à l'étude. Dans ces cas, il est facturé par les laboratoires hors nomenclature avec un tarif variable, selon que l'examen porte sur le groupe à risque ou sur les deux groupes. En pratique, il n'est pas nécessaire de demander le groupe à bas risque car l'objectif est de rechercher des lésions précancéreuses liées aux HPV à risque.

F – Comment est pratiqué le test HPV ?

Le test HPV est pratiqué sur un prélèvement du col utérin comme pour un frottis. Les cellules de la zone de transformation du col sont prélevées avec une brosse et le contenu de la brosse est ensuite immergé dans un milieu de conservation. Les cellules ainsi prélevées, infectées par le virus, sont alors traitées pour identifier les HPV. Cet examen peut être fait au laboratoire ou au cabinet du médecin. Dans le cadre du dépistage, si le frottis a été réalisé en suspension liquide, il n'est pas nécessaire lorsque le frottis montre des modifications mineures de revenir au cabinet du médecin ; le laboratoire peut alors, sur les cellules résiduelles du liquide, pratiquer la recherche des HPV.

G – Comment interpréter les résultats ?

La présence de Papillomavirus à risque ne signifie pas l'existence d'une lésion. Il faut toujours rapporter un résultat positif au contexte. S'agit-il d'une femme qui a un frottis normal ou s'agit-il d'une femme qui a un frottis anormal ?

Lorsque le frottis est normal, un résultat positif une seule fois n'est pas significatif car un certain nombre de femmes font des infections simplement transitoires et se débarrassent du virus.

Deux tests HPV positifs, à neuf mois d'intervalle, laissent supposer une infection persistante et inciteront, malgré un frottis normal, à réaliser des examens complémentaires (colposcopie et biopsie).

Il n'y a pas lieu de se préoccuper d'un test positif chez la femme jeune de moins de 30 ans car la fréquence de l'infection est élevée chez la femme jeune, elle n'a en général aucune traduction clinique, et la majorité de ces infections sont transitoires, elles disparaissent spontanément.

Lorsque le frottis est anormal, en particulier lorsqu'il s'agit de modifications mineures ou ambiguës, un test HPV positif laisse supposer l'existence possible d'une lésion bénigne à prendre en compte. Une colposcopie est proposée pour la rechercher et la traiter si elle se confirme.

A l'inverse, l'absence de Papillomavirus à risque exclut toute lésion sous-jacente dans la quasi-totalité des cas. Dans tous les cas, aucun traitement ne serait proposé sur le seul résultat du test HPV.

Y a-t-il un traitement ?

Lorsqu'on parle de traitement, on préfère ne pas parler d'infection à HPV mais plutôt de lésion induite par les HPV que l'on peut traiter. En effet, nous ne disposons pas actuellement de traitement de l'infection latente. Des vaccins préventifs sont en cours d'évaluation. Leur mise sur le marché ne le sera pas avant au moins cinq ans. Nous ne traitons que les conséquences et les effets du virus sur la muqueuse, c'est-à-dire des lésions induites par le virus.

- Lorsque le sujet présente un frottis évoquant une lésion précancéreuse (CIN2-3), la colposcopie permet de repérer les lésions, de les circonscrire et de pratiquer des biopsies dirigées. En cas de confirmation, le traitement consiste à pratiquer l'exérèse ou l'excision de la lésion adaptée à ses dimensions réelles. Ce geste simple, qui se pratique le plus souvent en ambulatoire et sous anesthésie locale, permet d'éradiquer définitivement ces lésions dans 95 % des cas. Le volume du col est en général conservé dans sa quasi-totalité ce qui ne compromet pas, chez ces jeunes femmes, leur fécondité ou leur avenir obstétrical.
- Lorsqu'il s'agit d'une dysplasie légère (CIN1), confirmée après colposcopie et biopsie, le traitement ne s'impose pas toujours car ces lésions peuvent disparaître spontanément après quelques mois. Si pour des raisons personnelles la patiente souhaite être traitée, en général ces lésions lorsqu'elles sont situées à l'extérieur du col sont détruites par vaporisation au laser. Ce geste simple se pratique en ambulatoire avec ou sans anesthésie locale.
- Enfin, lorsqu'il s'agit de condylomes acuminés, les méthodes de traitement existent en particulier par des stimulateurs de l'immunité locale, sous forme de crème, ou des traitements médicaux destructeurs des lésions. Lorsque les lésions sont très étendues ou situées sur plusieurs sites (anus, vagin, col, vulve), on peut avoir recours à la destruction au laser qui permet de traiter toutes les anomalies en un temps sur tous les sites ; les résultats obtenus sont opératoires dépendants. Ce geste se fait alors au bloc opératoire avec une anesthésie. Le choix des traitements se juge au cas par cas. Aucun d'entre eux n'a d'effet à 100 %.

Y a-t-il des conséquences à ces traitements ?

Lorsqu'ils sont pratiqués par un spécialiste, ces traitements n'ont aucune conséquence sur le col. Les gestes de résection permettent de récupérer le volume cervical dans la presque totalité, cela dépend de l'étendue de la lésion. La cicatrisation est en général parfaite et on ne compromet pas la fécondité ni l'avenir obstétrical de la majorité de ces jeunes patientes.

De la même façon, le traitement des condylomes acuminés par des méthodes chimiques ou chirurgicales donne de bons résultats sur le plan de la cicatrisation et sur le plan esthétique. Après résection des lésions du col, les résultats obtenus sont de l'ordre de 95 %. Après vaporisation au laser des lésions du col, les résultats obtenus sont de l'ordre de 85 à 90 %. Après traitement destructeur ou chimique des condylomes acuminés, les résultats sont de 70 à 85 %, en fonction de la localisation des condylomes, de leur étendue et du profil immunitaire de la patiente.

Une fois la lésion traitée, le virus est-il toujours présent ?

Lorsqu'il s'agit d'une lésion de haut grade traitée par excision, le virus peut demeurer à l'état latent dans environ 15 % des cas mais il finit par disparaître progressivement. Le traitement est donc efficace puisque les taux de récurrences ne sont que de 2 à 5 %. Le virus qui est contenu dans la lésion a été éradiqué avec la lésion au moment du traitement. Lorsqu'il s'agit d'une lésion de dysplasie légère après destruction, le virus peut demeurer persistant dans 20 à 30 % des cas mais là aussi il finit par disparaître progressivement, spontanément, ce qui est à rapporter au taux de récurrences dans cette situation qui est de l'ordre de 15 % environ.

Enfin, après traitement des condylomes acuminés, les virus à bas risque peuvent demeurer sur la peau saine dans une proportion plus importante de 25 à 40 %, ce qui explique les taux de récurrences plus élevés.

Quel est le suivi des patientes traitées ?

Après excision d'une lésion précancéreuse, on préconise un frottis et une colposcopie deux fois par an pendant deux ans et ensuite un frottis annuel.

Après traitement d'une dysplasie légère, on préconise un frottis et une colposcopie six mois après et ensuite un suivi annuel.

Après traitement des condylomes acuminés, on préconise un contrôle trois mois après le traitement et, en l'absence d'anomalie, un contrôle à quatre et huit mois, compte-tenu du risque de récurrences. Les femmes qui ont été traitées pour condylomes acuminés doivent poursuivre leur dépistage au niveau du col, des lésions peuvent apparaître tardivement après les lésions développées sur la vulve ou le vagin.

Faut-il envisager des rapports avec un préservatif ?

Pour les lésions de type dysplasie (CIN), on ne propose pas systématiquement le port du préservatif compte-tenu d'une transmissibilité faible des virus de la femme à l'homme, ceci si l'homme n'est pas porteur de lésions.

Si l'homme est porteur de lésions à HPV au niveau génital, il est recommandé de maintenir le préservatif jusqu'au traitement et à la disparition complète des lésions.

Lorsqu'il s'agit de condylomes acuminés chez la femme, le préservatif protège le partenaire masculin mais ne protège pas la femme elle-même puisque le virus qui se trouve à l'extérieur peut être véhiculé au niveau des parties génitales internes par le préservatif. On peut recommander le port du préservatif après traitement et l'interrompre après trois mois si aucune lésion n'est réapparue dans l'intervalle.

Y a-t-il des conséquences de l'infection HPV sur la santé à long terme ?

Il n'y a aucun rapport entre l'infection à HPV et la stérilité, le SIDA ou d'autres maladies. Cependant, lorsqu'on est porteur de condylomes acuminés en particulier chez la femme jeune qui a eu des partenaires multiples, l'infection à HPV peut être un marqueur de promiscuité sexuelle, et un bilan d'autres maladies sexuellement transmissibles peut être demandé.

Si vous êtes enceinte, l'infection à HPV n'est pas dangereuse. Lorsque la femme est porteuse de dysplasie, deux à trois consultations durant la grossesse permettront de s'assurer qu'il n'y a pas d'évolution de ces lésions bénignes. Aucun traitement n'est proposé. Dans ce cas, il n'y a pas de risque particulier pour le nouveau-né et il n'y a pas de risque non plus pour que ces lésions évoluent durant la grossesse. En général, leur prise en charge est programmée dans les trois mois suivant l'accouchement. L'accouchement par voie basse est bien entendu possible.

Lorsqu'il s'agit de condylomes acuminés, il est recommandé de traiter ces lésions durant la grossesse pour éviter un risque de transmission des Papillomavirus à bas risque au nouveau-né, qui peut développer une affection rare mais parfois gravissime liée à ces virus. En général, le traitement de ces lésions durant la grossesse permet d'éviter tout risque au nouveau-né. Ces lésions se traitent efficacement d'une façon adaptée à des moments précis de la grossesse.

Chez les patients séropositifs pour le VIH, l'infection à Papillomavirus peut être particulièrement développée et intéresser plusieurs sites selon l'état immunitaire du patient. Si le sujet n'est pas immunodéprimé, les résultats sont semblables à ceux de la population générale. S'il est immunodéprimé, le taux de récurrences est plus marqué.