

21 Juin 2017

ANP3SM

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE: ANALYSE DE LA COUVERTURE PAR FROTTIS CERVICO-UTÉRIN

Marie-Laure ZNATY



Epidémiologie

- **Morbi-mortalité plus élevée** : moins 10 ans d'espérance de vie en moyenne (5-8).
- **Délai diagnostique plus important des cancers et autres pathologies somatiques** (1,2)
- **Comorbidités somatiques plus fréquentes** liées aux traitements et à la maladie elle-même (3,4).



Cancer et Schizophrénie

- **Fréquence des cancers multipliée par 1,5 à 2 : seconde cause de décès par cause naturelle (9)**
- **Risque accru de développer des cancers du sein et de l'utérus chez la femme (FDR plus importants) (6-8)**
- **Mortalité par cancer du col multipliée par 2,5 et du sein par 2,8 (10)**
- **Diagnostic à des stades plus tardifs (11)**
- **Recommandations actuelles : 1 FCU triennal de 25 à 65 ans**



Facteurs explicatifs

- **Facteurs liés aux patients**
- **Facteurs liés au personnel soignant** (repérage signes d'appel, manque de temps, communication entre spécialistes)
- **Disparité géographique des moyens matériels et humains** (sectorisation) (5)
- **Suivi somatique sous la responsabilité des patients eux-mêmes**
- **Structures hospitalières dédiées peu nombreuses.**



Les données des études actuelles

- Les patientes présentant une maladie mentale sévère ont significativement moins de chance de bénéficier d'un dépistage du cancer du sein par mammographie par rapport aux autres femmes (OR=0.54, 95% [0,45-0,65]) (Mitchell AJ. and al., 2014)
- Au Canada, les patientes atteintes de schizophrénie ont significativement moins de chance d'avoir un dépistage par FCU (OR=0.70,95% [0,65-0,70]) (Martens PJ. and al., 2009)
- En France, moins bonne participation au FCU (59,6% versus 77%), à la mammographie (41% versus 69%) et à l'examen gynécologique annuel (50,9% versus 71,9%) chez les patientes suivies au sein d'un CMP parisien par rapport à celles suivies au sein d'un cabinet de médecine générale du même arrondissement (C. Kormann, thèse 2004)



Objectifs de l'étude

- **Confirmer ce défaut de suivi gynécologique (exemple du cancer du col de l'utérus)**
- **Identifier les facteurs à l'origine de ce moins bon suivi**
- **Optimiser le suivi des patientes**
- **Sensibiliser les professionnels et les patientes**



Matériel et méthode (1/3)

Critères de jugement principal

Comparaison du taux de participation déclaré au dépistage du cancer du col,

Des patientes atteintes de schizophrénie en CMP,

Versus la population générale (base de données INVS-Inpes, période 2008-2010)



Matériel et méthode (1/3)

Critères de jugement secondaire

- **Comparaison du taux de couverture des patientes en CMP à celle de la population générale (taux de remboursement par la Cnamts du FCU 2010-2013)**
- **Estimation de la couverture des femmes entre 50 et 65 ans à la mammographie**
- **Estimation de la couverture par examen gynécologique annuel**
- **Évaluation des facteurs influençant la participation**
- **Analyse du ressenti des patientes**



Matériel et méthode (2/3)

- **Etude descriptive, multicentrique, transversale, à recrutement prospectif**
- **Données déclaratives, analyses quantitatives**
- **Critères d'inclusion: Femmes consultant régulièrement le CMP, atteintes de schizophrénie, candidates au dépistage.**
- **Critères d'exclusion: patientes symptomatiques au moment du dépistage, VIH +, et/ou jugées peu fiables par les psychiatres.**
- **Recrutement: CMP des Yvelines**
- **Questionnaire réalisé par les médecins ou infirmières, formés au préalable, commentaires libres éventuels.**



Matériel et méthode (3/3)

Analyse statistique

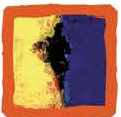
- **Test Chi2 corrigé**
- **Risque α ajusté pour tests multiples des analyses en sous groupe**
- **Régression logistique univariée**
- **Régression logistique multivariée: calcul de l'odds-ratio ajusté et de son intervalle de confiance à 95% ($\alpha = 0.05$)**
- **Calcul du risque relatif d'avoir eu un frottis dans les trois dernières années en fonction des variables en interaction**
- **10 patientes pour un risque $\alpha=0,05$ et puissance de 80%**



Résultats (1/6): critère principal

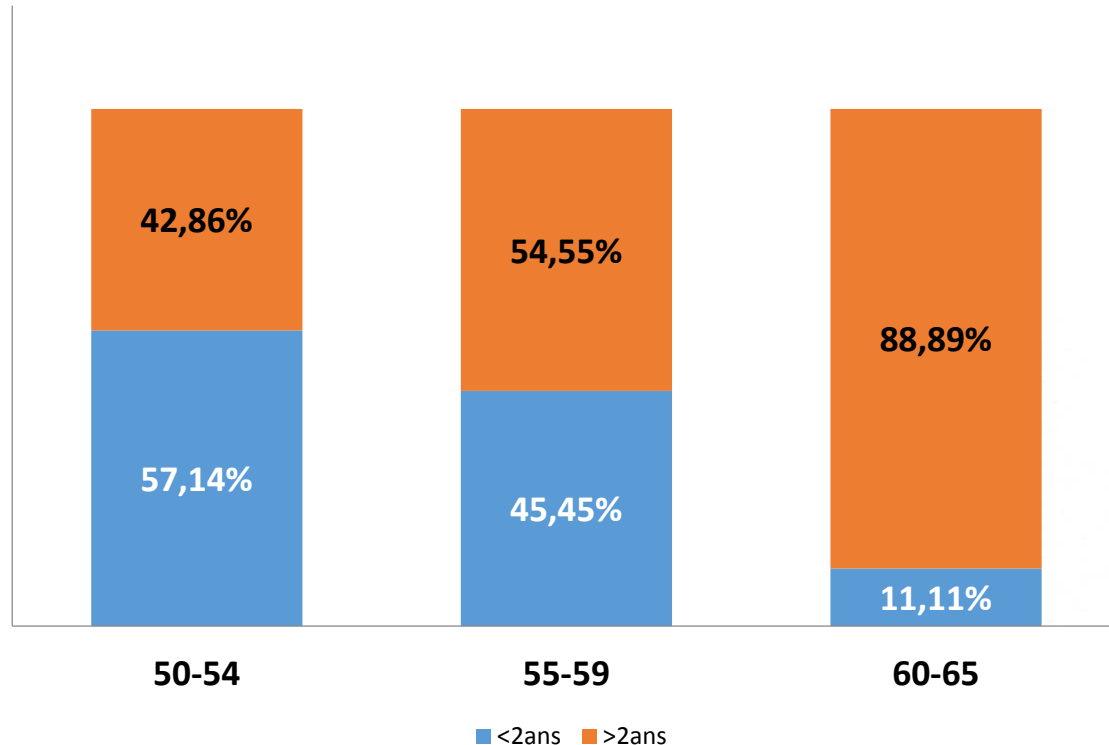
- 76 patientes incluses d'Août 2015 à Avril 2016 dans 4 CMP
- Moyenne d'âge 45 ans
- 96% ont un médecin traitant déclaré
- 26% ont un antécédent de grossesse

- Au total 35,53% des patientes atteintes de schizophrénie ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années versus 81,40% pour la population générale
- Différence significative $p < 0,0001$



Résultats (2/6): critères secondaires

Taux de participation au dépistage par **mammographie** chez les patientes de 50 à 65 ans en fonction de l'âge (%) n=27

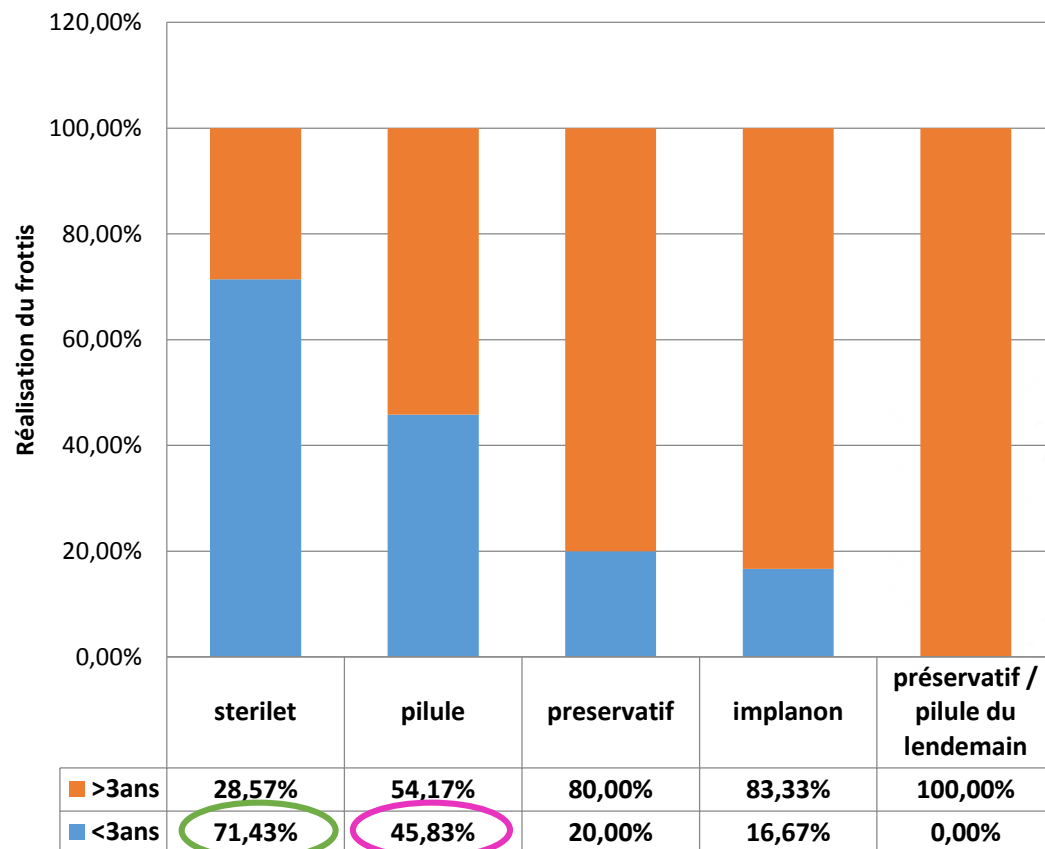


Taux de participation dans les 2 ans à la mammographie : **37% pour les patientes atteintes de schizophrénie** versus **52,1% pour la population générale (Inca 2014)**

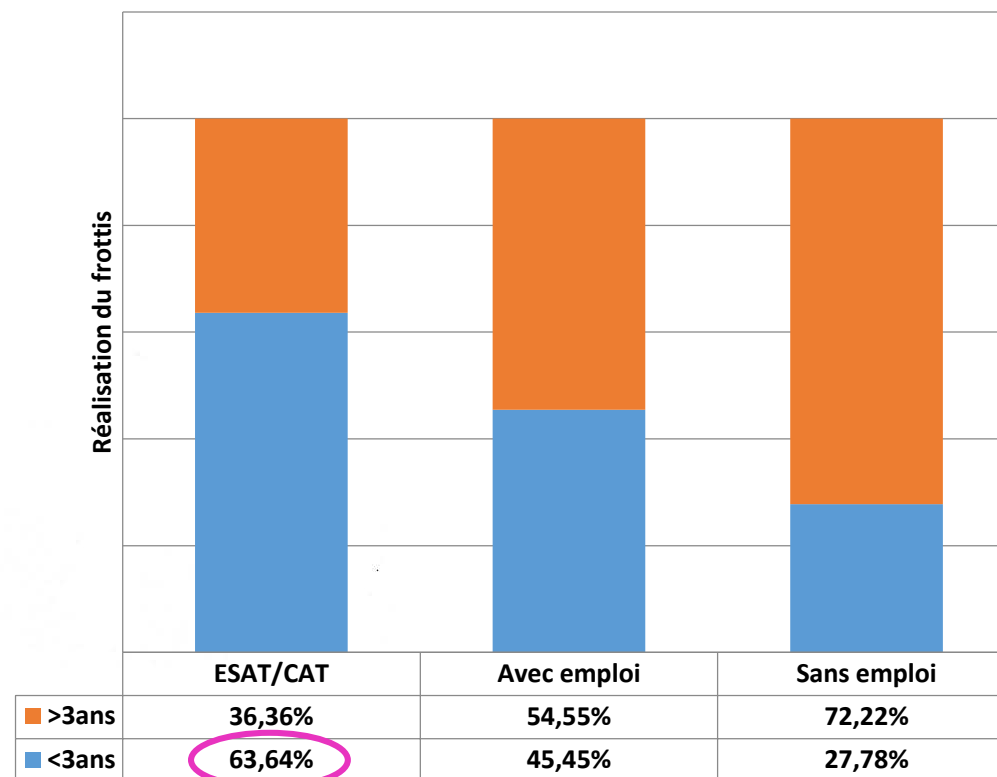


Résultats (3/6): critères secondaires

Frottis de moins de 3 ans en fonction du type de **contraception** (n=75)



Frottis de moins de 3 ans en fonction de la **situation professionnelle** (n=76)



Résultats (4/6): régression logistique univariée

Variables	Odds Ratio	IC 95%		p-value
Activité (oui/non)	3,12	1,12	8,73	0,03
Type d'activité (ESAT/sans emploi)	4,55	1,16	17,8	0,029
Contraception actuelle /jamais	4,25	1,10	16,41	0,036
Type de contraception (stérilet/aucun)	10,63	1,48	76,08	0,019
Examen gynéco dans l'année (oui/non)	53,67	12,23	235,43	<0,0001
Gynécologue vu dans l'année (oui/non)	64,69	14,81	282,5	<0,0001
Mammographie dans les 2 ans (oui/non)	4,4	1,29	14,95	0,02



Résultats (5/6): régression logistique multivariée

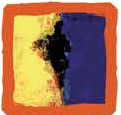
Variables	Odds Ratio	IC 95%		p-value
Activité (oui/non)	1,85	0,35	9,52	0,46
Contraception (a déjà eu/jamais)	5,71	0,49	66,63	0,16
Contraception (actuellement/jamais)	3,7	0,39	34,4	0,25
Examen gynéco dans l'année (oui/non)	4,56	0,24	86,9	0,31
Gynécologue vu dans l'année (oui/non)	19,19	1,16	316,5	0,039
Mammographie < 2ans (oui/non)	1,27	0,13	12,31	0,84

RR=6,20 IC95% [2,50-15,38] p<0,0001



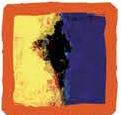
Résultats (6/6): éléments qualitatifs

- **35% de participation, les raisons invoquées par les patientes:**
 - Eviction
 - Manque d'information
 - Désintérêt pour le suivi gynécologique
 - Problème du coût
 - Pudeur
 - Examen désagréable
 - Les symptômes négatifs de la maladie schizophrénique
 - Envahissement de la maladie psychiatrique



Discussion

- **Résultat original en France au moment de l'étude**
- **Résultat significatif**
- **Validé par des études étrangères et données récentes de l'Inca
43.1% IC95% (42,3-43,8) (Janvier 2016)**
- **Effet de la chronicité de la maladie (validité interne)**
- **Echantillon représentatif, multicentrique**
- **Biais d'information lié au patientes**



Conclusion

Nécessité de proposer une consultation dédiée à l'examen gynécologique

**ORGANISER,
SENSIBILISER**

Professionnels

Patients et familles

Ressources disponibles

- Formations
- Lutte contre la stigmatisation
- Examens systématisés
- Communication

- Ecoute, accompagnement
- Education,
- Information (affiches, relances, réunions, ordonnances...)
- Intégration sociale
- Tuteurs, ESAT

**Moyens de
communication**

- Carnet de suivi
- Staff

Lieux

- Cabinet
- Hôpital
- CMP

**Définir les missions des
acteurs**

- Somaticien, Généraliste
- Psychiatre
- Infirmière
- Patient, Entourage, Tuteur



Références

- 1- Limousin S. Prise en charge d'un patient psychotique atteint de cancer : réfuter la perte de chance d'une double pathologie. *Psycho-Oncol.* 15 mars 2010;4(1):17-21.
- 2- Fédération française de psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie: comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.
- 3- Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *L'Encéphale.* sept 2009;35(4):330-9.
- 4- Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy JP, Nasrallah HA, Davis SM, et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: Prospective data from phase 1. *Schizophr Res.* 1 avr 2008;101(1):273-86.
- 5- Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;me 86(9):777-83.
- 6- Harvey PW, Everett DJ, Springall CJ. Adverse effects of prolactin in rodents and humans: breast and prostate cancer. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* mars 2008;22(2 Suppl):20-7.
- 7- Levina VV, Nolen B, Su Y, Godwin AK, Fishman D, Liu J, et al. Biological significance of prolactin in gynecologic cancers. *Cancer Res.* 15 juin 2009;69(12):5226-33.
- 8- Montejo ÁL, Arango C, Bernardo M, Carrasco JL, Crespo-Facorro B, Cruz JJ, et al. Spanish consensus on the risks and detection of antipsychotic drug-related hyperprolactinaemia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 23 févr 2016;
- 9- Reich M. Psychose et accès aux soins oncologiques. *SANTE Ment.* oct 2015;201(10-11).
- 10- Tran E, Rouillon F, Loze J-Y, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F, et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer.* 1 août 2009;115(15):3555-62.
- 11- Farasatpour M, Janardhan R, Williams CD, Margenthaler JA, Virgo KS, Johnson FE. Breast cancer in patients with schizophrenia. *Am J Surg.* nov 2013;206(5):798-804.

