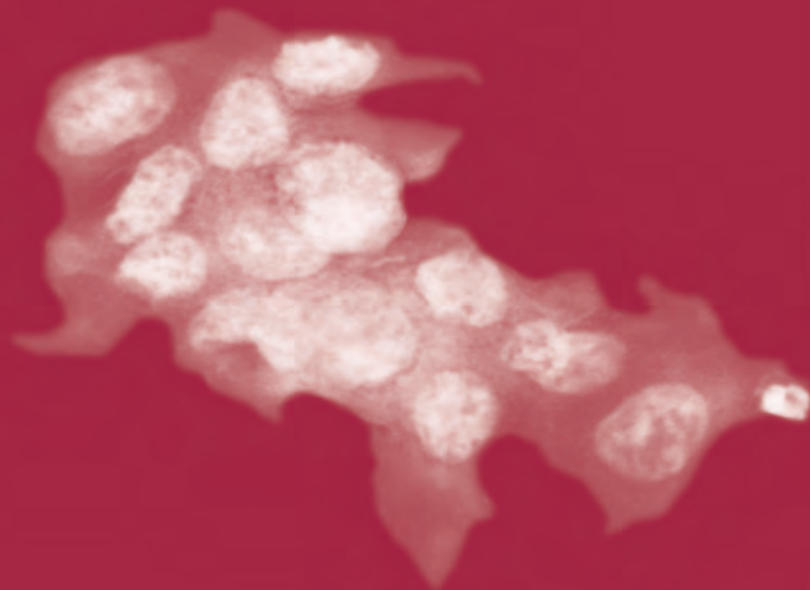




GROUPEMENT ROMAND
DE LA SOCIÉTÉ SUISSE
DE GYNÉCOLOGIE
ET OBSTÉTRIQUE

2010 1^{re} édition

Recommandations pour la prise en charge des pathologies cervicales



Dépistage, traitement et surveillance

Isabelle Navarria, Martine Jacot-Guillarmod

Auteurs :

Isabelle Navarra, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
Martine Jacot-Guillarmod, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Co-auteurs :

Chahin Achtari, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne
Yves Brunisholz, Hôpitaux de Neuchâtel, Neuchâtel
Margit Eisele Bachelard, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
Stefan Gerber, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
Patrick Petignat, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève
Jacques Seydoux, Hôpital du Jura, Delémont

Avec la collaboration de :

Alexandra Ambrosetti, Patrick Dällenbach, Philippe Heymans, Patrick Hohlfeld, Tamara Jauch Klein, Nouchine Kramer Kopitz, Thanh Lam, Jean-Claude Pache, Marie-Françoise Pelte, Isabelle Streuli

Avant-propos

Chers-ères collègues,

Le GRSSGO est particulièrement heureux de vous présenter des recommandations actualisées pour la prise en charge des différentes situations que vous pouvez rencontrer lors du dépistage du cancer du col.

Depuis quelques années, les connaissances concernant les pathologies cervicales suite à l'infection par le virus HPV, de même que les outils diagnostiques mis à notre disposition, ont beaucoup évolué.

Une mise au point des recommandations concernant la classification, l'interprétation et la prise en charge du dépistage du cancer du col était nécessaire. Ces référentiels sont basés sur la revue de la littérature moderne et proposent des attitudes qui correspondent à la médecine basée sur la meilleure des évidences. Leur présentation, sous forme de fiches techniques et d'algorithmes, vous offre un rappel de la situation pathologique et vous montre le chemin à suivre.

Par ces référentiels, le GRSSGO veut vous offrir un moyen efficace et standardisé, qui vous permettra une prise en charge optimale de vos patientes.

D^r J. Seydoux, Président GRSSGO

Préambule

Notre objectif a été d'homogénéiser notre pratique du dépistage et les stratégies de prise en charge des anomalies cytologiques et histologiques. Le principe a été de lister les différentes situations rencontrées et de proposer des stratégies de prise en charge en se basant notamment sur les recommandations éditées par la SSGO, l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) et l'ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology).

Ces référentiels comportent 2 parties :

- Des fiches d'attitude avec des données épidémiologiques, des recommandations et options de prise en charge
- Des algorithmes donnant une vision d'ensemble de la prise en charge

Ces référentiels ont été élaborés par un groupe de praticiens de la colposcopie. Ils ont ensuite été diffusés dans le but de les optimiser. Les relecteurs comportaient des gynécologues, des obstétriciens, des pathologues et des cytologues. Les remarques de chacun ont été prises en compte et nous avons tenté au maximum d'intégrer les différentes variantes. Ces référentiels ne sont bien sûr pas exhaustifs, le choix des investigations et techniques de traitement restant de l'appréciation du thérapeute.

Ces référentiels sont le fruit de plusieurs réunions de travail, ils seront mis à jour régulièrement en fonction de l'évolution des données de la littérature. Vos commentaires, suggestions, remarques sont les bienvenues et peuvent être adressée au secrétariat du GRSSGO : sabine.gisler@meeting-com.ch

Remarques

Bien qu'à l'heure actuelle nous ne recommandons plus de dépistage pour les patientes de moins de 21 ans, nous proposons des référentiels de prise en charge adaptés pour les patientes qui pourraient être actuellement en cours de suivi. A chaque fois qu'il est mentionné « HPV », il faut considérer qu'il s'agit d'un HPV à « haut risque » ou oncogène.

Définitions

CIN2 + : lésions de type CIN2 ou plus graves (CIN3, AIS, cancer invasif)

CEC : curetage de l'endocol

Sommaire

Dépistage	6
Cytologies anormales	8
Histologies anormales	12
Suivi après conisation pour CIN	16
Condylomes vulvaires	17
Algorithmes:	
– Cytologies anormales chez une patiente ≥ 21 ans	18
– Cytologies anormales chez une patiente < 21 ans	19
– Histologies anormales chez une patiente ≥ 21 ans	20
– Histologies anormales chez une patiente < 21 ans	21

Dépistage

Dépistage du cancer du col

Système de classification: Bethesda 2001

Cytologie: sensibilité 61 %-76 % / spécificité 82 %-91 %

RECOMMANDATIONS

Pas de dépistage < 21 ans

Indépendamment de l'âge du début des relations sexuelles

Dépistage tous les 2 ans de 21 à 29 ans

Dépistage cytologique uniquement. Le test HPV dans un but de dépistage n'apporte pas de bénéfice dans cette tranche d'âge

Dépistage tous les 3 ans de 30 à 70 ans

Pré-requis: minimum 3 cytologies antérieures consécutives négatives

Exceptions: immunosuppression, antécédent de CIN 2 ou 3, exposition DES

N.B.: possibilité de dépistage par cytologie et HPV test (*cf. option de dépistage ≥ 30 ans*)

Arrêt du screening à 70 ans

Pré-requis: minimum 3 cytologies antérieures consécutives négatives et pas de dysplasies dans les 10 dernières années

Exceptions: multiples partenaires sexuels, immunosuppression

Arrêt du dépistage après hystérectomie pour indications bénignes

Exceptions: antécédents de CIN 2 ou 3

N.B.: En cas de doute sur les antécédents de la patiente continuer le dépistage

Dépistage chez les patientes immunosupprimées

2x /an la première année puis 1x /an

Dépistage en cas d'antécédent de CIN 2-3

1x /an pendant 20 ans puis espacement possible des cytologies

Si s/p hystérectomie: 1x /an pendant 5 ans puis espacement aux 3 ans

REMARQUES

Remarques concernant le dépistage:

Chez les patientes de 30-64 ans: prévalence de CIN2 0.028% et CIN3 0.019% si ≥ 3 cytologies consécutives négatives

• Peu d'avantages dépistage annuel vs tous les 2 ou 3 ans.

Remarques concernant la cytologie:

Pas de différence sensibilité /spécificité entre cytologie milieu liquide et cytologie conventionnelle • Dépistage par cytologie peu performant pour le dépistage des adénocarcinomes du col • L'absence de cellules endocervicales n'est pas un critère pour déterminer la qualité de la cytologie. Lors du suivi on ne constate pas plus de dysplasie chez les patientes dont le frottis ne contenait pas de cellules endocervicales.

Remarques concernant les femmes de < 21 ans:

Plus grande variabilité d'interprétation de la cytologie chez les patientes jeunes • Cancer du col invasif extrêmement rare <21 ans (1-2 cas pour 1 000 000 femmes de 15-19 ans) • Régression fréquente des lésions de haut grade (75% de régression CIN2 à 3 ans) • Tenir compte des complications obstétricales possibles induites par les traitements des dysplasies (augmentation accouchements prématurés) • Stress induit par les contrôles et traitements durant période de l'adolescence.

Remarques concernant le dépistage après hystérectomie totale :

Cancer primaire du vagin très rare (aucune évidence d'un bénéfice pour le dépistage des cancers du vagin).

Remarques concernant les patientes HIV + :

CIN 4-5x plus fréquent chez les patientes HIV + • Trithérapies : régression CIN plus fréquente (corrélation en fonction taux de CD4) ; pas de diminution incidence cancer du col.

Options : Dépistage HPV et cytologie ≥ 30 ans

Correspondance histologique :

Risque de CIN 2-3 env. 4 % chez patientes HPV + avec cytologie normale
HPV négatif/cytologie normale, risque CIN2 + non identifié est de 1/1000

RECOMMANDATIONS

Cytologie normale/HPV -

- Contrôle cytologie et HPV à 3 ans

Cytologie normale/HPV+

- Répéter cytologie et HPV test à 12 mois :
 - ◆ Si HPV - et cytologie normale : retour dépistage routine
 - ◆ Si HPV + et cytologie normale : coloscopie
 - ◆ Si cytologie anormale : cf. référentiel correspondant

Cytologie anormale

- Cf. référentiel correspondant

Exceptions : Patientes immunosupprimées

REMARQUES

En raison de la prévalence élevée d'HPV chez les patientes jeunes, le test ne doit pas être proposé aux patientes âgées < 30 ans. La prévalence HPV chez les patientes ≥ 30 ans est d'environ 10% • Amélioration de la sensibilité du dépistage, VPN 99-100 %, mais 58 % des patientes HPV + ont une cytologie normale (temps d'élimination moyen de l'infection entre 6 et 18 mois).

Conduites à tenir en cas anomalies du frottis tel que...

Inflammation sans cellule suspecte de malignité

Ne pas refaire le frottis, traitement seulement si symptomatologie clinique

Exception : patientes HIV + (à répéter dans les 4-6 mois)

Présence de cellules endométriales bénignes

Patientes pré-ménopausées : proposer un bilan complémentaire (histologie endomètre et US endo-vaginal) **uniquement** si saignements anormaux ou facteurs de risque de CA endomètre

Patientes post-ménopausées : proposer un bilan complémentaire (histologie endomètre et US endo-vaginal) à toutes les patientes afin d'exclure une pathologie endométriale, même si patientes sous THS

Absence de cellules endocervicales

Répéter cytologie à 1 an (quelque soit l'intervalle de dépistage choisi au préalable)

Exceptions : immunosuppression, mauvais suivi au préalable, suivi AGC ou suivi post conisation avec marges + : répéter dans les 3-6 mois

Cytologies anormales

ASC-US et ASC-H

DÉFINITION

ASC-US (atypie cellulaire de signification indéterminée)

ASC-H (atypie cellulaire ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne de haut grade)

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 2-4 % des frottis

Correspondance histologique : ASC-US : 5-15 % CIN2-3 ; ASC-H : 40 % CIN2-3 ; Cancers invasifs : 0.1 - 0.2 %

RECOMMANDATIONS

* **Triage HPV** *Exception : < 21 ans cf. référentiel correspondant (ASCUS et LSIL < 21 ans)*

- **HPV - :** cytologie à 12 mois
- **HPV + :** coloscopie
 - ♦ **Coloscopie normale :** HPV test à 12 mois
 - HPV - : retour dépistage habituel
 - HPV + : coloscopie
 - ♦ **Coloscopie anormale :** cf. référentiel correspondant

ASC-US et grossesse

Triage HPV

- **HPV - :** cytologie à 12 mois
- **HPV + :** coloscopie (pas de brosse endocervicale ni CEC)
 - ♦ **Coloscopie normale ou impression CIN 1 :** coloscopie 6 sem. post partum
 - ♦ **Coloscopie impression CIN 2 ou 3 :** cf. référentiel correspondant

ASC-H

Coloscopie

- **Coloscopie normale :** cytologie et HPV test à 12 mois
 - ♦ Cytologie normale/HPV - : retour dépistage habituel
 - ♦ Cytologie anormale et/ou HPV + : coloscopie
- **Coloscopie anormale :** cf. référentiel correspondant

ASC-H et grossesse

Coloscopie : pas de brosse endocervicale ni CEC

- **Coloscopie normale ou impression CIN 1 :** coloscopie 6 sem. post partum
- **Coloscopie impression CIN 2 ou 3 :** cf. référentiel correspondant

OPTIONS

* **ASC-US :** Contrôle cytologique à 6 mois ou coloscopie d'emblée

REMARQUES

En cas d'ASC-US on identifie : HPV + dans 30-60 % des cas, HPV + chez 84 % femmes enceintes, HPV + chez 77 % femmes <20 ans (12 % si > 50 ans) • Risque de CIN 2 + < 2 % si ASCUS-HPV nég. • Après 2 ans et en cas d'ASC-US : normalisation dans 68 % des cas ; progression vers un HSIL dans 7 % et vers un cancer invasif dans 0.3 % • HPV test 12 mois post coloscopie N/CIN1 présente la même sensibilité que cytologie 6 et 12 mois, HPV test et cytologie à 12 mois même sensibilité que HPV seul mais diminution spécificité • Test HPV non indiqué en cas d'ASC-H, puisque lésions HPV + dans 70 à 90 % des cas.

LSIL

DÉFINITION

Lésion malpighienne intra épithéliale de bas grade

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 2.9 % des frottis

Correspondance histologique : 15-30 % de CIN2 + ; < 1 % de cancers invasifs

RECOMMANDATIONS

Colposcopie

• **Colposcopie normale ou CIN 1 :** HPV test à 12 mois

♦ HPV - : retour dépistage habituel

♦ HPV + : colposcopie

• **Colposcopie CIN 2 ou 3 :** cf. référentiel correspondant

LSIL et grossesse

Colposcopie

• **Colposcopie normale ou impression CIN 1 :** colposcopie 6 sem. post partum

• **Colposcopie impression CIN 2 ou 3 :** cf. référentiel correspondant

LSIL et immunosuppression

Colposcopie

• **Colposcopie normale ou CIN 1 :** colposcopie et cytologie tous les 6 mois, jusqu'à 2 bilans négatifs

• **Colposcopie CIN 2 ou 3 :** cf. référentiel correspondant

OPTIONS

Triage par HPV test chez les patientes de plus de 40 ans

REMARQUES

77 % LSIL sont HPV + • Progression HSIL : 20 % à 2 ans ; régression : 50 % à 2 ans (70 % à 4 ans) • Risque de CIN2 + idem que chez les patientes ASC-US HPV + • Risque CIN 2 ou 3 après colposcopie N ou CIN1 : 12 % à 2 ans.

ASCUS et LSIL < 21 ans

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : HPV 19-46 % ; ASCUS 7-16 % ; LSIL : 3-13 %

Correspondance histologique : LSIL 7 % CIN 2-3

RECOMMANDATIONS

Pas de triage par HPV test ni de colposcopie d'emblée

1^{re} cytologie de contrôle à 12 mois

• Cytologie normale, ASCUS ou LSIL : répéter cytologie **12 mois** plus tard

• Cytologie \geq HSIL : colposcopie

2^e cytologie de contrôle à 24 mois

• Cytologie normale : retour dépistage habituel

• Cytologie anormale (quelque soit le type) : colposcopie

REMARQUES

Pas de triage HPV (77 % des patientes de < 21 ans avec ASCUS sont HPV +) • 80 % infections HPV disparaissent dans 12-18 mois • Régression LSIL : 90 % à 3 ans ; progression 3 % vers HSIL • Adolescentes plus sensibles à l'infection par HPV car « immaturité cervicale » (prédominance épithélium métaplasique et cylindrique au niveau du col) • Ne pas être invasif dans les examens complémentaires chez patientes < 21 ans.

HSIL

DÉFINITION

Lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 0.7 % des frottis

Correspondance histologique : 10 % bénin (métaplasie malpighienne immature, régénération, atrophie) ; 10 % CIN 1 ; 50-70 % CIN2 + lors de la coloscopie et 80-95 % de CIN2 + lors la conisation ; 2 % AIS ; 2 % de cancers invasifs

RECOMMANDATIONS

Coloscopie

• **Coloscopie satisfaisante N ou CIN 1 :** conisation pour discordance cyto-colpo-histologique hormis cas particuliers à discuter (désir de grossesse, âge, compliance, co-morbidités)

- ♦ Si décision « observation » : suivi aux 6 mois pendant 1 an par coloscopie et cytologie

N.B. : en cas de discordance demander une révision des examens

• **Coloscopie non satisfaisante N ou CIN 1 :** conisation

• **Coloscopie CIN 2 ou 3 :** cf. référentiel correspondant

HSIL et grossesse

Coloscopie :

Suivi trimestriel et contrôle 6 semaines post partum ; cytologie sans brosse endocervicale, biopsie si suspicion cancer, pas de CEC

REMARQUES

20-40 % HSIL et coloscopie normale présentent un CIN dans le suivi • Progression 20 % HSIL non traités vers un cancer dans 1.4 % à 2 ans ; régression 35 % • Grossesse ne pèjore pas le pronostic ; la coloscopie a pour but d'exclure un cancer

• 0-0.4 % progression HSIL en cancer durant grossesse ; 48-70 % régression spontanée HSIL ou CIN2 ou 3 durant grossesse (impact du mode d'accouchement controversé) • Biopsies peuvent être pratiquées durant la grossesse si suspicion de CIN 2,3 ou cancer ; pas de CEC ; utilisation du Lugol possible.

HSIL < 21 ans

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 0.2-3 %

RECOMMANDATIONS

Coloscopie

• **Coloscopie normale satisfaisante**

- ♦ Suivi par cytologie et coloscopie tous les 6 mois pendant 2 ans
 - **2 fois** consécutives coloscopie et cytologie normales : retour dépistage habituel
 - Persistance HSIL pendant 2 ans malgré coloscopie normale : conisation diagnostique

• **Coloscopie normale non satisfaisante :** discuter d'une conisation

• **Coloscopie anormale :** cf. référentiel correspondant au type de lésion

REMARQUES

Grande variabilité d'interprétation de la cytologie inter-observateur chez les patientes jeunes • Cancer du col extrêmement rare < 21 ans (1-2 cas/1 000 000 femmes de 15-19 ans) • Plus grand taux de régression des lésions de haut grade chez les jeunes femmes.

AGC

DÉFINITION

Deux types :

AGC spécifié endocervical /endométrial ou NOS « not otherwise specified » (anc. AGUS)

AGC « en faveur néoplasie » (endocervical ou NOS)

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : < 1 % des frottis

Correspondance histologique : CIN : 20-28 % ; AIS : 3-4 % ; Cancer col/endomètre : 4-5 %

RECOMMANDATIONS

1. Bilan col-endomètre :

Colposcopie, CEC et HPV test

Histologie de l'endomètre et US pelvien si patiente âgée \geq 35 ans ou < 35 ans et facteurs de risque CA endomètre (saignements inexpliqués, obésité morbide, oligoménorrhée, fact. génétique)

Exceptions :

- AGC spécifié « atypies endométriales » effectuer biopsie endométriale et CEC ; si pas de pathologie endométriale objective effectuer une colposcopie
- AGC et grossesse : pas de CEC ni biopsie endomètre

2. Suivi après bilan :

- Bilan positif suivi en fonction de la pathologie en question
- Bilan négatif et AGC endocervical/endomètre/NOS :
 - ♦ HPV négatif : cytologie et HPV à 12 mois
 - Si HPV - et cytologie normale : retour dépistage habituel
 - Si HPV + et/ou cytologie anormale : colposcopie
 - ♦ HPV positif : cytologie et HPV à 6 mois
 - Si HPV - et cytologie normale : retour dépistage habituel
 - Si HPV + et/ou cytologie anormale : colposcopie

Discuter d'une conisation si :

- AGC en faveur néoplasie
- Association AGC et ASC
- Dans le suivi persistance cytologique d'AGC sans diagnostic

REMARQUES

Association avec pathologies bénignes (polypes, réactionnel, métaplasie, hyperplasie), CIN, AIS, CA col, CA endomètre, CA ovaire et trompe • Moins bonne sensibilité de la cytologie pour les lésions glandulaires que pour lésions épithéliales • Sensibilité HPV test pour la détection CIN2+ : 80-90 % • 3-4 % CIN 2+ si AGC/HPV - ; 40 %-53 % CIN 2+ si AGC/HPV + • Association AGC et ASC : jusqu'à 44 % CIN 2+ • Diagnostic final de cancer augmenté si : âge > 50 ans (8 %) vs < 50 ans (1 %) ou AGC de type « en faveur néoplasie » (30-95 % CIN 2+) (AGC-NOS : 10-40 % CIN 2+).

Histologies anormales

CIN 1

DÉFINITION

Néoplasie intra-épithéliale de bas grade

RECOMMANDATIONS

* CIN 1 sans discordance cyto-histologique

HPV test à 12 mois

- ◆ HPV -: retour dépistage habituel
- ◆ HPV +: colposcopie

N.B. : si persistance CIN 1 après 2 ans discuter traitement

CIN 1 avec discordance cyto-histologique

Conisation hormis cas particuliers (désir de grossesse, âge, compliance, co-morbidités)

- ◆ Si décision « observation » : suivi aux 6 mois pendant 1 an par colposcopie et cytologie

N.B. : en cas de discordance demander une révision des examens

CIN 1 et grossesse

Colposcopie à 6 semaines post partum, pas de suivi durant la grossesse

CIN 1 et immunosuppression

Si pas de discordance cyto-histologique :

- Colposcopie et cytologie à répéter tous les 6 mois jusqu'à 2 bilan négatifs
- Discuter traitement après 2 ans de persistance

Si discordance cyto-histologique :

- **Conisation** hormis cas particuliers à discuter (selon désir de grossesse, âge, compliance, co-morbidités)

OPTIONS

* Suivi CIN 1 sans discordance cyto-histologique par cytologies à 6 et 12 mois

REMARQUES

> 60 % régression ; 15 % persistance ; 10-15 % progression vers CIN 2-3 et 1 % vers cancer • Diagnostic pathologique peu reproductible (cf. étude ALTS) : 41 % CIN1 re-classé comme normal par experts lors révision et 13 % re-classé en CIN2-3 • Conisation pour CIN1 à la biopsie, CIN2-3 retrouvé dans 23-55 % des cas • Dans suivi des CIN1, HPV à 12 mois offre une sensibilité comparable à une cytologie à 6 et 12 mois avec une meilleur spécificité (réduit le nb de patientes référées en colposcopie) • Régression fréquente CIN 1 dans le post partum, la grossesse ne pèjore pas l'évolution • Le but de la colposcopie durant la grossesse est d'exclure un cancer • 1/3 de régression CIN 1 chez patientes immunosupprimées, 4-7 % progression • Trithérapies : augmentation du taux de régression CIN, corrélation en fonction du taux de CD4.

CIN 1 < 21 ans

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 5-6 %

RECOMMANDATIONS

Suivi par cytologie uniquement, pas de test HPV

1^{re} cytologie de contrôle à 12 mois

- Cytologie normale, ASC-US ou LSIL : répéter cytologie **12 mois** plus tard
- Cytologie \geq HSIL : coloscopie

2^e cytologie de contrôle à 24 mois

- Cytologie normale : retour dépistage habituel
- Cytologie anormale (quelque soit le type) : coloscopie

REMARQUES

Pas de HPV vu la grande prévalence de l'infection ; ca col rare dans cette population • Eviter examens complémentaires chez ces patientes : anxiété, stress et coûts inutiles • Traitements peuvent être délétères pour l'avenir obstétrical.

CIN 2 et 3

DÉFINITION

CIN 2 : néoplasie intra-épithéliale de haut grade avec dysplasie modérée confinée au 2/3 de l'épaisseur de l'épithélium avec préservation de la maturation épithéliale

CIN 3 : néoplasie intra-épithéliale de haut grade avec dysplasie sévère comprenant toute l'épaisseur de l'épithélium

RECOMMANDATIONS

Conisation

N.B. : Prise en charge identique chez les patientes immunosupprimées

CIN 2-3 et grossesse

Suivi par colposcopie

- Suivi trimestriel et contrôle 6 semaines post partum
- Cytologie lors de chaque colposcopie (sans brosse endocervicale ni CEC)
- Biopsie uniquement si suspicion de cancer

REMARQUES

Pic prévalence CIN3 : 25-30 ans • CIN2 : 40-60% régression, 20% progression vers CIN3, 5% évolution vers cancer (taux de régression moins fréquent si HPV 16) • CIN3 : 30-50% régression, 40-60% persistance, 10-40% progression vers cancer • CIN2 plus souvent HPV 31,33,35,39,45,51,52,58 ; CIN3 plus souvent HPV 16-18 (plus de potentiel oncogène) • Grossesse ne péjore pas le pronostic • 50-70% régression spontanée CIN2 ou 3 durant grossesse (impact du mode d'accouchement controversé) • Le but de la colposcopie durant la grossesse est d'exclure un cancer • Répéter biopsies durant la grossesse uniquement si suspicion de cancer • Discuter d'un traitement durant grossesse uniquement si évidence d'un cancer.

CIN 2 et 3 < 21 ans

RECOMMANDATIONS

- **CIN 2 / CIN 2,3* et colposcopie satisfaisante**
 - ♦ Observation tous les **6 mois** par cytologie et colposcopie jusqu'à 24 mois
 - 2 cytologies et colposcopies négatives : retour dépistage habituel
 - Mise en évidence \geq CIN 3 : conisation
 - Persistance CIN 2 ou CIN 2,3* **>24 mois** : conisation
 - \geq **CIN 3**
 - ♦ Conisation
 - **Colposcopie non satisfaisante**
 - ♦ Conisation
- * **Distinction à faire entre CIN 2,3 (résultats histologiques hétérogènes) et CIN 3**

REMARQUES

Cancer du col extrêmement rare < 21 ans (1-2 cas pour 1 000 000 femmes de 15-19 ans) • Taux important de régression des lésions de haut grade chez les jeunes femmes (75% de régression de CIN 2 à 3 ans) • Traitements peuvent être délétères pour l'avenir obstétrical.

AIS

DÉFINITION

Adénocarcinome in situ

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : < 1 % des frottis

Correspondance histologique : 50-70 % adénocarcinome in situ ; 40 % cancer

RECOMMANDATIONS

1. Colposcopie + CEC

2. Conisation diagnostique + CEC (même si colposcopie et CEC normaux)

- ◆ Pas de conservation de la fertilité :
 - Hystérectomie simple (après conisation ayant confirmé l'absence de lésion invasive)
- ◆ Conservation de la fertilité :
 - Marges et CEC négatifs : surveillance
 - Marges et/ou CEC positifs : 2^e conisation

Suivi après conisation pour AIS (marges et CEC négatifs)

Contrôle à 6 semaines : discuter les résultats avec la patiente, établir un plan de suivi et contrôler la cicatrisation

Contrôle aux 6 mois pendant 2 ans : colposcopie, CEC, cytologie et HPV

Contrôle cytologie annuelle pendant 20 ans avant retour dépistage habituel

REMARQUES

Toujours HR-HPV+ (type 18 le plus fréquent) • Changements colposcopiques peuvent être minimes en cas AIS (plus difficile à identifier en colposcopie que le CIN, dans 50 % des cas la lésion est intra-cervicale) • Multicentricité AIS : 10–15 % (“skip lesions”), étendue parfois en profondeur dans canal endocervical • 50% association avec CIN ou cancer épithélial • Biopsie dirigée manque 60 % des lésions ; CEC améliore la sensibilité de la biopsie • Taux échec conisation : 10 % • Maladie résiduelle en fonction des marges ; marges + : 45 % AIS résiduel, 7 % cancer ; marges - : 27 % AIS résiduel, 1 % cancer • CEC post conisation supérieur aux marges pour évaluer maladie résiduelle (VPP : 100 % vs 47 % ; VPN : 94 % vs 57 %) • 15 % récurrence à 4 ans.

Suivi après conisation pour CIN

5-15 % échec de ttt pour CIN (récidive ou persistance)

RECOMMANDATIONS

1^{er} contrôle à 6 semaines post opératoire

Discuter les résultats avec la patiente, établir un plan de suivi et contrôler la cicatrisation

2^e contrôle à 6 mois post opératoire

- **Marges négatives** : HPV test
 - ◆ HPV - : cytologie dans 6 mois puis cytologie de contrôle 1x/an pendant 20 ans
 - ◆ HPV + : coloscopie
- **Marges positives** : bilan par cytologie, HPV test et CEC
 - ◆ Bilan négatif : cytologie dans 6 mois puis cytologie de contrôle 1x/an pendant 20 ans
 - ◆ Bilan positif (un ou plusieurs examens) : coloscopie

OPTIONS

HPV test entre 6 et 12 mois

Cytologie à 6 et 12 mois

Cytologie et coloscopie à 6 mois

REMARQUES

La plupart des récidives/persistances ont lieu dans les 24 premiers mois. Patientes restent à risque de persistance ou récidive durant 20 ans • Les femmes de ≥ 40 ans plus à risque de récidives/persistances • Le risque de cancer invasif après ttt d'un CIN 2/3 reste 10-15x plus élevé que pour la population générale • Ne pas faire de test HPV < 6 mois après intervention • Sensibilité HPV test identification des récidives/persistances à 6 mois est de 90-97 % comparé à cytologie 70-83 %, VPN jusqu'à 100 % • Il n'y a pas d'évidence claire que coloscopie + cytologie soit supérieure à la cytologie seule dans la détection des récidives ou persistances après ttt.

Remarques concernant les marges :

Marges endocervicales positives associées avec plus de récidives que marges exocervicales • Risque relatif de CIN 2-3 après conisation si marges- comparé à marges + : 6 • Marges + pas une indication formelle à reprise chirurgicale ; Exception : > 50 ans, s/p ttt CIN 3 avec marges endocervicales positives et colpo non conclusive.

Condylomes vulvaires

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fréquence : 1 % chez les patientes immunocompétentes ; 7 % si immunosuppression

RECOMMANDATIONS

Indication à une biopsie

En cas de doute sur le diagnostic ou échec de traitement
Patientes ménopausées ou immunosupprimées

Traitement condylome isolé

Acide trichloroacétique (TCA)

- Application avec un bâtonnet par le gynécologue de manière ciblée sur les lésions ; éviter le contact avec peau/muqueuse saine
- Contrôle à 1 mois, possibilité de répéter le traitement

Traitement condylomes plus étendus

Imiquimod (Aldara 5 %®)

- 3 x par semaine le soir de manière très localisée (pendant 6-10 h), lavage le lendemain matin
- Durée : jusqu'à disparition des lésions ou 16 semaines maximum
- 1^{er} contrôle à 6 semaines pour évaluer tolérance du ttt puis 1 mois après la fin du traitement, possibilité de compléter par ttt TCA ou laser

N.B. : Contre indiqué chez les patientes immunosupprimées hormis HIV +

Condylomes et grossesse

Indication traitement : gêne potentielle pour voie basse (risque de déchirure importante ou obstruction) ; gêne subjective

Traitement médical : application par le gynécologue de TCA de manière ciblée sur les lésions. Contrôle à 1 mois, possibilité de répéter le traitement

Traitement par laser : pas avant 35 SA

Mode d'accouchement : AVB (indication césarienne uniquement si obstruction vaginale /vulvaire ou risque de déchirure importante)

OPTIONS

Traitement médicaux cyto-destructeur : Podophylotoxine (Condylina®) ; taux succès : 70 % • Acide trichloroacétique (TCA) ; taux succès : 70 % • 5-FU (Effudix®) ; taux succès : 65 %, mal toléré localement (non commercialisé en CH)

Traitement médicaux stimulant immunité locale : Imiquimod (Aldara®) ; taux succès : 70-85 % • Interféron (intra-lésionnel /systémique), effets secondaires ++, réserver pour cas réfractaires

Traitement chirurgicaux : Laser (récidive > 20 %) • Excision

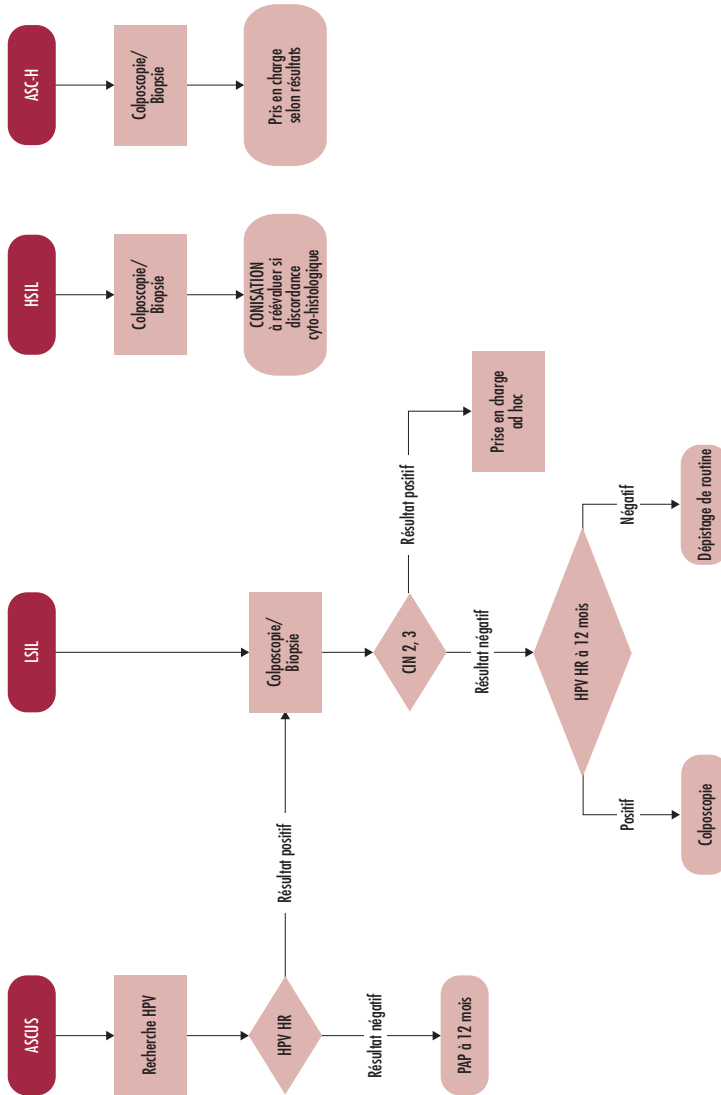
REMARQUES

90 % HPV 6/11 • Régression spontanée dans 40 % des cas • TTT si symptomatique (prurit, brûlures, douleurs, obstruction ou gêne psychologique), pas d'évidence que éradication des condylomes élimine le potentiel infectieux • VIN plus fréquent dans lésions aspect condylomateux chez patientes immunosupprimées (HPV + dans 50 % des cas) • Diagnostic différentiel des excroissances vulvaires bénignes : papilles vestibulaires, condyloma lata, molluscum contagiosum, polype fibro-épithélial.

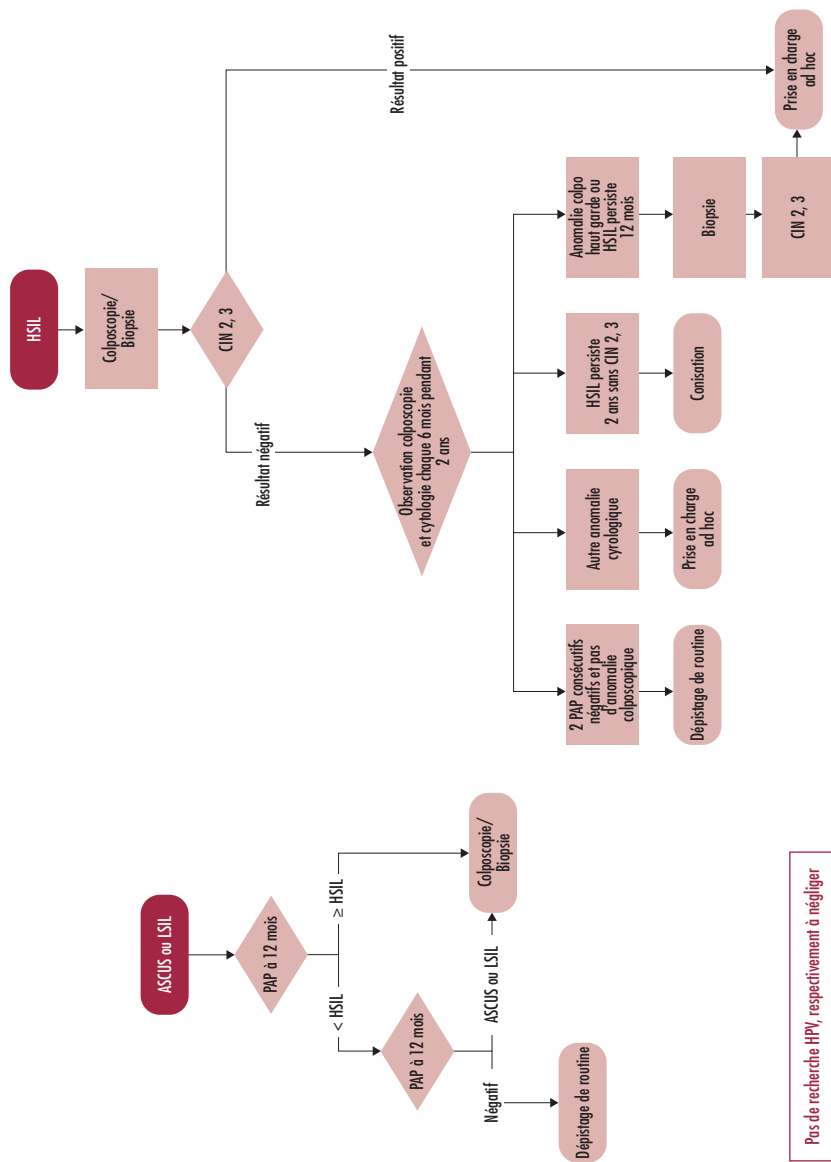
Condylomes et grossesse :

Cas décrit de péjoration rapide durant grossesse mais peu d'études disponibles • Traitement n'influence probablement pas la transmission verticale potentielle • TCA est le seul ttt médical non CI durant grossesse, plus efficace deuxième moitié de grossesse • Césarienne ne prévient probablement pas risque de transmission.

Cytologies anormales chez une patiente ≥ 21 ans

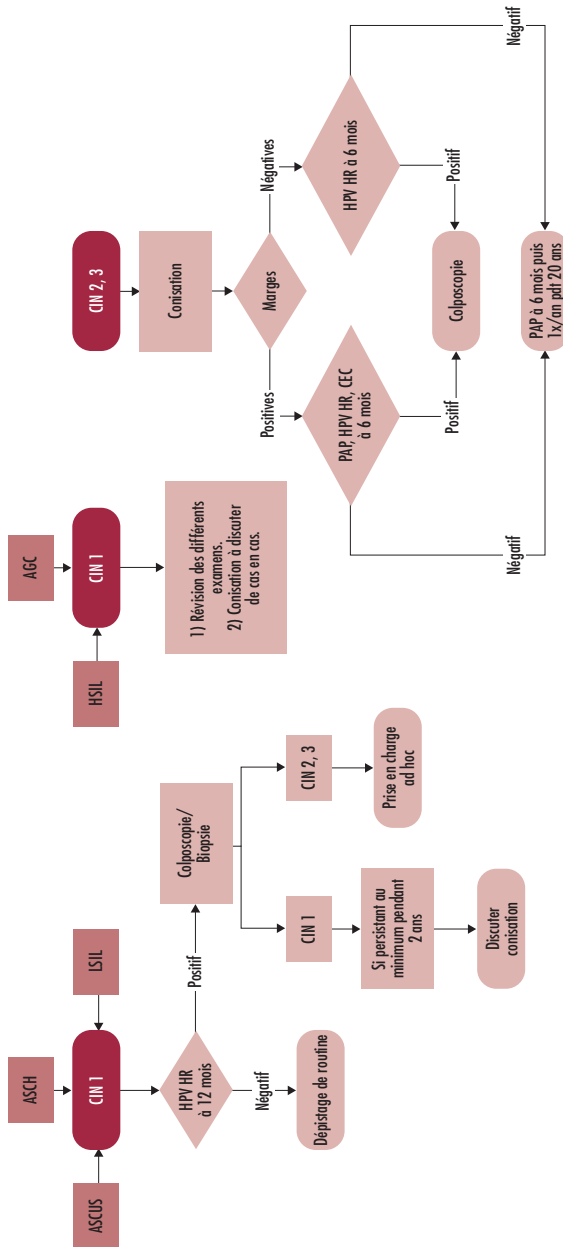


Cytologies anormales chez une patiente < 21 ans

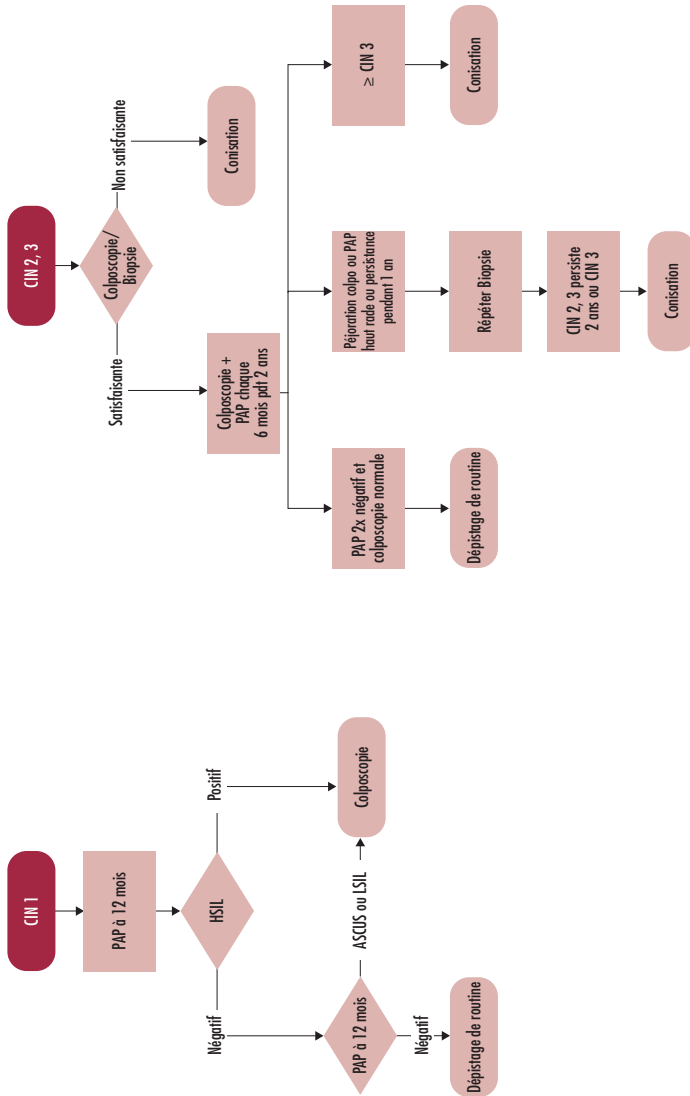


Pas de recherche HPV, respectivement à négliger

Histologies anormales chez une patiente ≥ 21 ans



Histologies anormales chez une patiente < 21 ans



Avec le soutien de

HOLOGIC™

The Women's Health Company