

Avis d'expert No 40

Commission Assurance Qualité
Prof. Dr Daniel Surbek

Mise à jour du dépistage du cancer du col et du suivi en colposcopie

S. Gerber, S. Heinzl, C. Canonica, M. Fehr, B. Frey Tirri, M. Mueller, J. Obwegeser, J. Seydoux, E. Wight

Introduction

Le dépistage du cancer du col par un frottis cytologique a été optimisé ces dernières années et complété par l'adjonction de la typisation du HPV. Sur la base d'un meilleur suivi clinique et épidémiologique, de nouvelles recommandations ont été éditées, notamment aux Etats-Unis qui présentent un modèle de dépistage similaire au nôtre. Le but fixé est de diminuer le sur-traitement des lésions de bas grade, particulièrement chez les jeunes femmes et de concentrer nos efforts pour les lésions de degré modéré et sévère. Actuellement, l'ensemble de ces recommandations s'applique à toutes les femmes indépendamment de leur status de vaccination contre le HPV.

Ces recommandations correspondent à un consensus validé par tous les centres universitaires et les centres de références permettant une harmonisation de notre pratique pour toute la Suisse. Le suivi des patientes en gynécologie est habituellement établi sur la base d'un contrôle annuel, permettant une prise en charge adéquat (par ex : problèmes de contraception, de substitution, de MST suivi sénologique ou urogynécologique), mais ne nécessite pas un frottis systématiquement. **Néanmoins, l'indication de pratiquer un frottis dans un délai plus court revient évidemment au praticien en fonction des facteurs de risques de la patiente.**

1. Dépistage

A. Timing

Le dépistage par frottis cytologique devrait débuter dès 21 ans ou bien après le commencement de l'activité sexuelle. Pour les femmes de <21 ans, le contrôle gynécologique est surtout basé sur la prescription d'une contraception et des conseils quant aux risques des MST. Cette prise en charge nécessite souvent plus qu'un contrôle annuel. Dès 21 ans et jusqu'à 30 ans, le dépistage sera effectué par frottis tous les 2 ans. L'absence de cellules endocervicales impose la répétition du frottis dans un délai d'un an, sauf si la patiente présente un risque tel : immunosuppression, frottis pathologique préalable ou post-conisation, dans ce cas le frottis sera répété dans 3 à 6 mois. La typisation de première intention n'a pas d'intérêt pour ce groupe d'âge en raison d'une prévalence très élevée. A partir de 30 ans et ce jusqu'à 70 ans le frottis devrait être effectué tous les 3 ans à condition que les 3 derniers frottis aient été normaux. On pourra arrêter le dépistage chez les patientes de plus de 70 ans, si au minimum les 3 derniers frottis consécutifs ont été négatifs, qu'elles n'aient pas présenté de dysplasie dans les 10 dernières années et qu'elles n'ont plus d'activité sexuelle. Si cela ne devait pas être le cas, le dépistage devrait être poursuivi, de même si cette patiente présente des facteurs de risque (ex : nouveau partenaire, activité sexuelle, immunosuppression,...).

B. Cas spéciaux

- les patientes ayant subi une hystérectomie pour une indication bénigne pourraient arrêter le dépistage à condition que le dernier frottis soit normal. En cas de doute ou en cas de comportement à risque, le dépistage devra être poursuivi.

- les patientes immunosupprimées devraient bénéficier d'un dépistage 2x durant la première année, puis, si les frottis sont normaux 1x/ an.

2. Suivi cytologique

- **ASCUS** (atypical squamous cells of undetermined significance): triage au moyen d'une typisation HPV, si le résultat est HPV HR positif cela impose une colposcopie. Si le résultat est HPV BR ou négatif, un frottis devrait être effectué dans un délai de 6 mois.

Si l'examen colposcopique est normal, un frottis sera pratiqué à 6 mois, puis répéter à 12 mois. Par contre en présence d'un examen colposcopique pathologique, une biopsie dirigée est recommandée et le suivi se fera en fonction de l'histologie.

-**ASC-H** (atypical squamous cells): Indication de pratiquer d'office une colposcopie. Si l'examen est normal, il sera pratiqué une nouvelle fois à 6 et 12 mois avec au minimum un frottis, puis retour au dépistage si les résul-

tats sont normaux. En présence d'un examen pathologique, une biopsie dirigée est recommandée et le suivi se fera en fonction de l'histologie.

- **L-SIL** (low-grade squamous intraepithelial lesion): Indication à une colposcopie. Si l'examen est normal, le suivi sera effectué par colposcopie à 6 et 12 mois avec un frottis au minimum, puis retour au dépistage si les résultats sont normaux. En présence d'un examen pathologique, une biopsie dirigée est recommandée et le suivi se fera en fonction de l'histologie.

- **H-SIL** (high-grade squamous intraepithelial lesion): Indication à une colposcopie. Si l'examen est non concluant ou le résultat de la biopsie met en évidence une discordance (biopsie normale ou CIN1) une conisation diagnostique devrait être pratiquée. On peut sursoir à la conisation lors de grossesse ou en présence d'une jeune femme de moins de 30 ans dont la compliance est optimum ; dans ce cas le suivi se fera par une colposcopie et frottis aux 6 mois pendant au moins 1 an. Si la zone de jonction n'est pas visible un curetage de l'endocol sera indiqué.

- **AGC** (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance): Indication de pratiquer un bilan comprenant une colposcopie avec curetage de l'endocol et une typisation HPV. De plus les patientes de plus de 35 ans devraient bénéficier d'un US afin d'évaluer l'endomètre, de même pour les patientes présentant des facteurs de risque de cancer de l'endomètre. Si tout le bilan est normal, sans exception, un suivi colposcopique sera pratiqué aux 4 à 6 mois pendant 2 ans. Dans tous les autres cas de figures une conisation avec curetage de l'endocol / cavité sera pratiqué.

3. Suivi histologique

- **CIN1** (Cervicale Intraepitheliale Neoplasie): Suivi cytologique aux 6 mois. Si persistance de CIN1 pendant 2 ans ou en présence d'une discordance entre cytologie et histologie, une conisation ou vaporisation sera proposée.

- **CIN2 -3** : Proposition de conisation, hormis chez les femmes enceintes. Chez les très jeunes femmes nulipares, dont la compliance est optimale, une alternative peut être proposée avec colposcopie et cytologie aux 6 mois pendant une période maximale de 2 ans, puis conisation si persistance de la lésion.

- **AIS** (Adenocarcinome in situ): Indication à une conisation large ou en 2 temps (conisation + recoupe endocol) avec un curetage de l'endocol. S'il n'y a pas besoin de conserver la fertilité l'indication à une hystérectomie simple devrait être discutée en l'absence de toute lésion invasive.

4. Suivi post-conisation

- **suivi CIN 1** : Contrôle à 6 semaines pour la cicatrisation puis colposcopie avec cytologie à 6 mois. Si les tranches de section sont positives une typisation HPV sera effectuée. Si tout est normal retour au dépistage.

- **suivi CIN 2-3** : Contrôle à 6 semaines pour la cicatrisation puis colposcopie avec cytologie à 6 mois, pendant 1 an puis un frottis par an pendant 20 ans.

- **Suivi AIS avec conservation de l'utérus** : Si les tranches de section sont en tissu sain et le curetage de l'endocol normal, un suivi aux 6 mois avec colposcopie frottis et curetage endocol pendant 2 ans puis frottis annuel.

5. Suivi pendant la grossesse

En présence de toute cytologie de type ASCUS HPV HR ou L-SIL une colposcopie est proposée. Si l'examen est normal ou la biopsie confirme au maximum un CIN1, le prochain contrôle sera une colposcopie à 6 semaines post-partum. En présence d'une cytologie de type H-SIL ou AGC un examen colposcopique sera effectué aux 3 mois, puis à 6 semaines post-partum. Une biopsie dirigée sera pratiquée afin d'exclure une lésion suspect de cancer ou d'invasion. Le frottis de l'endocol ou le curetage de l'endocol ne seront pas effectués pendant la grossesse.

08.06.2012

References:

ACOG Practice Bulletin: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol* 2009;114(3):1409-20.

Update on ASCCP Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Screening Tests and Cervical Histology. *Am Fam Physician*. 2009 Jul 15;80(2):147-155.

Human Papillomavirus and Papanicolaou Tests to Screen for Cervical Cancer.P. Naucler and coll. *NEJM* 2007; 357: 1589-97.

La commission qualité de gynécologie suisse / SGGO émet des guidelines et des avis d'experts avec le plus grand soin – toutefois la commission qualité de gynécologie suisse / SGGO ne peut pas endosser la responsabilité de l'exactitude et de l'exhaustivité des contenus. Les informations des fabricants sont à respecter dans tous les cas, notamment les indications concernant la posologie.

Du point de vue de la commission, les guidelines et les avis d'experts correspondent à l'état actuel des connaissances scientifiques au moment de la rédaction. Des modifications survenues dans l'intervalle doivent être prises en compte par les utilisateurs.