

# Aspects colposcopiques des transformations atypiques mineures ou G1

H. BORNE  
(Paris)

## *Résumé*

*L'unanimité n'est pas encore faite pour utiliser une seule et même terminologie dans la traduction d'une image colposcopique.*

- *La classification de la SFCPCV (Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale) sous forme de tableaux colposcopiques précis dans leur dynamique : TAG I et TAG II.*
- *La classification de l'IFCPC (Fédération internationale de pathologie cervico-vaginale et de colposcopie) descriptive pure qui, actualisée en juillet 2012 à Rio, permet maintenant d'exprimer une conclusion diagnostique colposcopique.*
  - *Anomalies mineures : grade 1*
  - *Anomalies majeures : grade 2*

*L'utilisation en routine d'une terminologie précise et largement diffusée permettra une prise en charge thérapeutique adéquate associant respect du massif cervical et efficacité en termes de prévention carcinologique.*

36 rue des Mathurins - 75008 Paris  
Attaché de colposcopie à l'hôpital des 4 villes - Sèvres

Correspondance : drborne@hborne.com

*Mots clés : col, jonction, acidophilie, iodo-négativité, vascularisation atypique, biopsie*

### **Déclaration publique d'intérêt**

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec le sujet présenté.

## INTRODUCTION

Une mauvaise évaluation colposcopique peut conduire à une décision thérapeutique inadéquate :

- conisations inutiles et traumatisantes psychologiquement dans les lésions de bas grade de la jeune femme, pouvant par ailleurs compromettre son avenir obstétrical ;
- mauvaise évaluation de la position de la jonction nécessaire au calcul de la hauteur de la conisation, à l'origine de sténose cervicale ;
- traitement destructeur, par définition sans pièce histologique de contrôle, sur lésion en réalité de haut grade, le processus carcinologique évoluant à bas bruit dans le fond des glandes jusqu'à la découverte d'une lésion invasive après quelques années d'aggravation occulte.

L'analyse fine de la séméiologie colposcopique est donc indispensable.

La colposcopie qui intègre l'ensemble des informations cyto, histo, virologiques reste le « gold standard » pour la confirmation diagnostique avant toute décision thérapeutique ou de surveillance.

Il lui est reproché sa mauvaise reproductibilité inter-observateurs et son manque de spécificité en particulier dans les lésions de bas grade.

La biologie moléculaire permet d'améliorer la spécificité : le choix de la colposcopie en première intention est optionnel en cas d'ASCUS ; sa spécificité après le filtre d'un test HPV positif augmente de façon très significative.

Une impression colposcopique de haut grade se confirme histologiquement dans 71 à 98 % des cas mais une impression colposcopique de bas grade sous-évalue 20 à 22 % de haut grade... [1].

La spécificité de la colposcopie est d'autant meilleure que le frottis référant reflète une lésion sévère : ASC-H, haut grade, atypies glandulaires.

Afin de traduire l'image colposcopique, l'unanimité n'est pas encore faite pour utiliser une seule et même **terminologie**.

**La classification de la SFCPCV** a été instaurée par le Dr Coupez dès 1983.

Elle se veut synthétique sous forme de tableaux colposcopiques précis : TAG I et TAG II qui augurent le plus souvent de la sévérité ou non des lésions avec une excellente corrélation colpo-histologique [2] :

- TAG I : transformation atypique de grade I (a, b),
- TAG II : transformation atypique de grade II (a, b, c).

**La classification de l'IFCPC** apparue à Rome en 1990, révisée à Barcelone en 2002, était descriptive pure.

Depuis juillet 2012 à Rio, la classification internationale s'est beaucoup rapprochée de celle du Dr Coupez, qui malheureusement il y a 35 ans n'était pas anglophone... Elle permet maintenant d'exprimer une conclusion diagnostique colposcopique :

- anomalies mineures : **grade 1**,
- anomalies majeures : **grade 2**.

(Cf. Tableau 1, terminologie colposcopique de l'IFCPC [3] et Tableau 2, terminologie vulvoscopique de l'IFCPC [4]).

La **séméiologie** colposcopique des anomalies mineures (G1) s'égrène au fur et à mesure des trois temps de l'examen.

Elle se caractérise par l'absence de signe de sévérité.

### ***1. Sans préparation, après essuyage doux au sérum physiologique***

L'épithélium malpighien n'est pas très congestif, ne saigne pas au contact et ne présente pas de vascularisation anormale (la vascularisation reste souple et arborescente).

Une simple érosion traumatique sera reconnue par application de nitrate d'argent à 5 % (le stroma dénudé blanchit).

### ***2. Après application d'acide acétique à 3 % qui fait blanchir un épithélium malpighien hyperactif du fait de son hyperdensité cellulaire***

L'acidophilie est peu épaisse, d'apparition lente.

La jonction est le plus souvent visible en totalité (TZ1) ou après ouverture de l'orifice anatomique du col au spéculum de Koogan (TZ2).

En cas de ménopause non substituée, un traitement œstrogénique durant les 10 jours précédant la colposcopie sera nécessaire afin d'éviter la non-visualisation de la jonction (TZ3), ce qui rendrait la colposcopie non contributive.

Il n'y a pas de zone bourgeonnante très acidophile à l'exception des papillomes reconnaissables à leur iodo-positivité irrégulière au Lugol.

Une leucoplasie est possible mais alors en périphérie de l'image colposcopique, peu épaisse, sans base congestive (Photo 1).

Les orifices de glandes peuvent apparaître au sein d'une acidophilie tranquille, peu épaisse, brillante (et non mate) et ne sont pas très déformés en failles.

Tableau 1 - Terminologie colposcopique de l'IFCPC [3]

TERMINOLOGIE COLPOSCOPIQUE DU COL		IFCPC 2011 <sup>1</sup>	
<b>Evaluation générale</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colposcopie <b>adéquate / inadéquate</b> ... (inflammation marquée, saignement, cicatrice)</li> <li>• <b>Visibilité de la jonction</b> : totalement visible, partiellement visible, non visible</li> <li>• <b>Zone de Transformation (ZT)</b> type 1, 2, 3</li> </ul>	
<b>Aspects colposcopiques normaux</b>		<b>Epithélium malinohien</b> •Mature •Atrophique <b>Epithélium cylindrique</b> •Ectropion <b>Epithélium malinohien métaoplasique</b> •Kystes de Naboth •Orifices glandulaires Déciduose pendant la grossesse	
<b>Aspects colposcopiques anormaux</b>	<b>Principes généraux</b>	<b>Localisation de la lésion</b> : en dedans ou au-dehors de la zone de transformation, localisation exacte de la lésion par quadrant horaire  <b>Taille de la lésion</b> : nombre de quadrants cervicaux atteints, <b>taille de la lésion en pourcentage de la surface totale du col</b>	
	<b>Grade 1 (Anomalie mineure)</b>	Acidophilie fine, irrégulière, avec des contours géographiques	Mosaïques fines Ponctuations fines
	<b>Grade 2 (Anomalie majeure)</b>	Acidophilie épaisse Apparition rapide de l'acidophilie Orifices glandulaires cernés	Mosaïque grossière Ponctuation grossière Limite nette Limite interne marquée Aspect de crête
	<b>Signes non spécifiques</b>	Leucoplasie (kératose, hyperkératose), Erosion Coloration au Lugol (Test de Schiller) : positivité / négativité	
<b>Suspicion d'invasion</b>		Vaisseaux atypiques Signes additionnels : vaisseaux fragiles, surface irrégulière, lésion exophytique, nécrose, ulcération (nécrotique), lésion bourgeonnante	
<b>Signes divers</b>		ZT congénitale Condylome Polype (endo/exocervical) Inflammation	Sténose de l'orifice cervical Anomalie congénitale Séquelle post-thérapeutique Endométriose

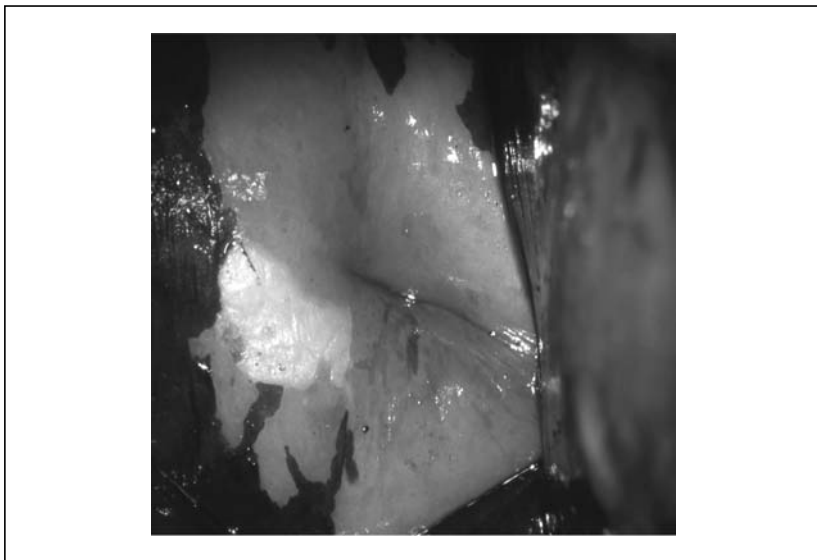
<sup>1</sup> Bonstein J, Bentley J, Bosze P, Giardi F, Haefner H, Minton M, Pardo M, Pendville W, Russell P, Sidei M, Stander B, Tone A, Walker P. 2011 IFCPC colposcopic nomenclature. Obstet Gynecol submitted

Tableau 2 - Terminologie vulvoscopique de l'IFCPC [4]

TERMINOLOGIE COLPOSCOPIQUE DU VAGIN		IFCPC 2011 <sup>1</sup>
<b>Evaluation générale</b>		Colposcopie adéquate/ inadéquate... (inflammation, saignement, cicatrice) Zone de transformation
<b>Aspects colposcopiques normaux</b>		Epithélium malpighien -Mature -Atrophique
<b>Aspects colposcopiques anormaux</b>	<b>Principes généraux</b>	Tiers supérieur / 2 tiers inférieurs du vagin Antérieur / postérieur / latéral (droite ou gauche)
	<b>Grade 1 (Anomalie mineure)</b>	Acidophilie fine Ponctuation fine Mosaïque fine
	<b>Grade 2 (Anomalie majeure)</b>	Acidophilie épaisse Ponctuation grossière Mosaïque grossière
	<b>Suspicion d'invasion</b>	Vaisseaux atypiques Signes additionnels : vaisseaux fragiles, surface irrégulière, lésion exophytique, nécrose, ulcération (nécrotique), lésion bourgeonnante
	<b>Signes aspécifiques</b>	Epithélium cylindrique (adénose) Coloration au Lugol (Test de Schiller): positivité / négativité Leucoplasie
<b>Signes divers</b>		Erosion (traumatique), condylome, polype, kyste, endométriose, inflammation, sténose vaginale, zone de transformation congénitale

<sup>1</sup> Bornstein J, Beniley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotte M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Torne A, Walker P. 2011 IFCPC colposcopic nomenclature. Obstet Gynecol submitted

Photo 1



Les images de mosaïques ou de bases sont peu marquées et régulières (Photo 2).

L'image colposcopique donne une impression de progression centripète et non centrifuge.

La zone rouge est centrale contrairement aux lésions sévères qui présentent des zones rouges au contact d'une acidophilie en relief : il n'y a donc pas de bourrelet rouge périphérique dans les G1.

Il n'y a pas non plus de zones d'ulcération ou de nécrose creusant le stroma.

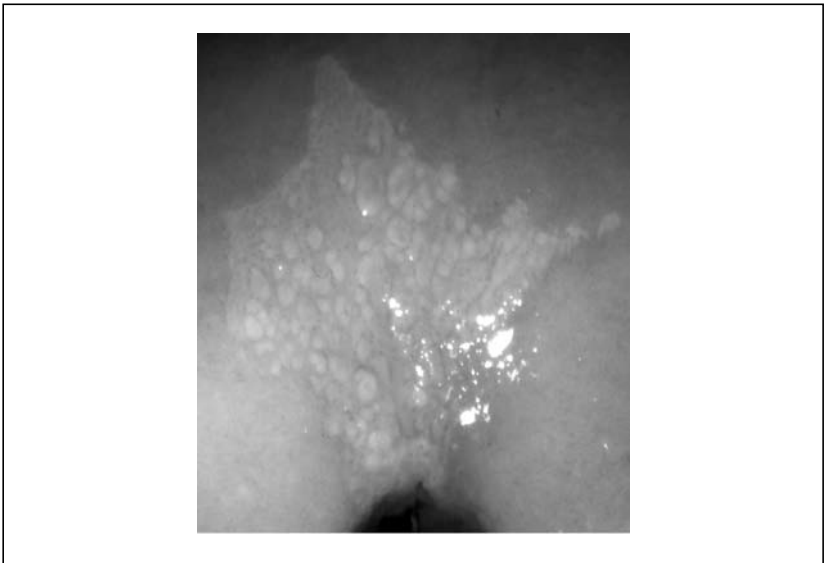
### **3. Après application de Lugol fort**

L'épithélium malpighien pathologique est dépourvu de glycogène mais dans le cas des anomalies mineures, l'acidophilie est peu épaisse, ce qui n'entraîne pas de contours flous.

Il apparaît donc une image iodo-négative à contours nets.

Il n'y a pas de iodo-négativité prononcée « jaune paille » au niveau des zones les plus acidophiles, ce qui serait un signe de gravité. Au contraire dans les G1 les images iodo-négatives irrégulières sont fréquentes ainsi que les images piquetées de colpites.

Photo 2



**4. La preuve histologique est indispensable avant toute décision thérapeutique**

La ou les biopsies doivent toujours être ciblées sur les sites de sévérité maximale mais ne sont pas obligatoires dans les cas d'anomalies mineures lors d'une colposcopie référencée sur frottis ASCUS ou LSIL de la femme jeune qui sera surveillée (Photo 3).

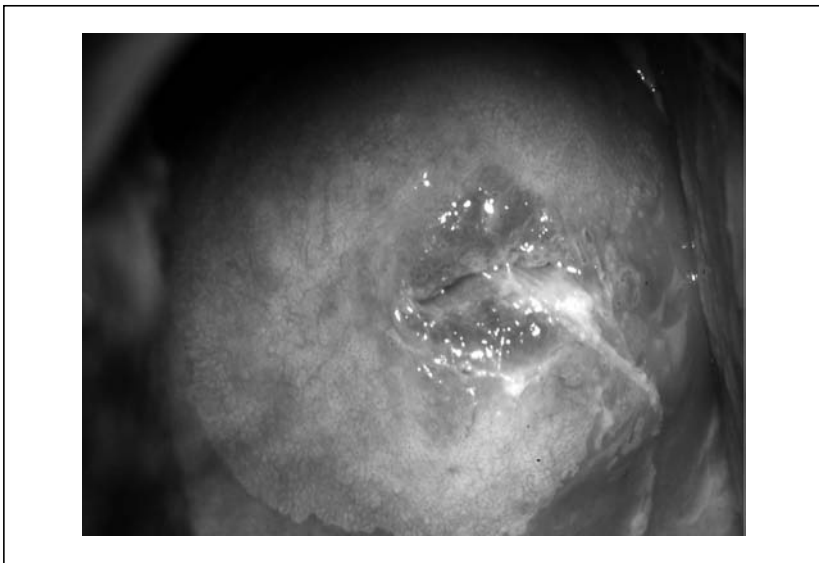
**5. La conclusion colposcopique doit dans tous les cas s'accompagner d'un schéma détaillé précisant :**

- la situation de la jonction : TZ1, 2 ou 3 ;
- l'évaluation du nombre de quadrants atteints par la lésion (sachant que la surface de la lésion est le plus souvent proportionnelle à la sévérité de la lésion) (Photo 4) ;
- au niveau du vagin la localisation de la lésion doit être précisée : tiers supérieur, deux tiers inférieurs, postérieure, antérieure, latérale droite ou gauche.

Les causes généralement retrouvées dans les colposcopies surévaluées sont :

- la grossesse (hyperplasie des vaisseaux du stroma, déciduose, métaplasie immature fréquente associée) :

Photo 3



- en cas de frottis anormal lors d'une grossesse : programmer le plus rapidement possible la colposcopie de contrôle ;
- la carence œstrogénique de la ménopause non substituée (épithélium atrophique fragile au contact, stroma fibreux laissant apparaître les vaisseaux du chorion, jonction souvent TZ3) :
  - substituer 10 jours avant la colposcopie ;
- l'inflammation et l'infection (Photo 5) :
  - traiter après s'être assuré de la compliançe de la patiente qui doit être impérativement revue ;
- la métaplasie malpighienne immature en particulier si surinfectée :
  - traiter après s'être assuré de la compliançe de la patiente qui doit être impérativement revue.

Photo 4

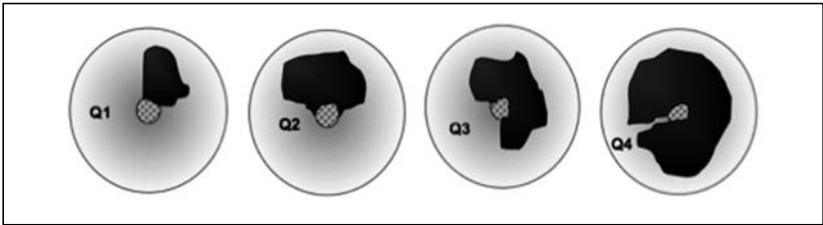
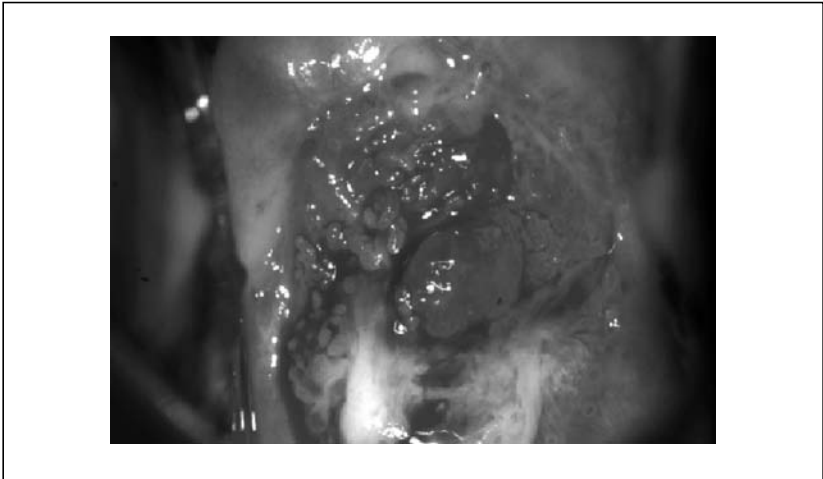


Photo 5





## CONCLUSION

La faible spécificité de la colposcopie se rencontre particulièrement dans certaines situations : grossesse, infection, ménopause non substituée, mais aussi suivi post-thérapeutique.

La colposcopie est un examen subjectif, opérateur-dépendant.

Les opérateurs entraînés optimisent les concordances inter-observateurs (74,4 %) et intra-observateurs (85 %) [5].

Dans le cas des anomalies mineures, une surveillance sera le plus souvent proposée.

La compliance des patientes étant souvent et malheureusement aléatoire, une mauvaise évaluation colposcopique ignorant une lésion sévère sous-jacente peut s'avérer redoutable en cas de perte de vue...

La SFCPCV en collaboration avec le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) proposent donc depuis janvier 2010 une **charte de qualité en colposcopie** qui se veut être un label de qualité afin de renforcer la spécificité de cet examen (<https://sfpcv.org>).

## Bibliographie

- [1] Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998 Apr;91(4): 626-31.
- [2] Boulanger JC, Gondry J, Verhoest P. La colposcopie. EMC [60-B-10] - Doi:10.1016/S0246-1064(11)43087-5.
- [3] Bornstein J, Bentley J, Bösze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Tatti S, Torne A, Walker P. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012 Jul;120(1):166-72.
- [4] Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK; Nomenclature Committee of International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis* 2012 Jul;16(3):290-5.
- [5] Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Philippe E. An analysis of the factors involved in the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 May;76(5):468-73.

