

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Sixième partie
Colposcopie



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Critères de qualité des traitements du col utérin dans le cadre de la prévention du cancer du col

J.L. MERGUI
(Paris)

Résumé

*Que demander à un bon traitement du col de l'utérus ? Le praticien doit : poser de **bonnes indications**, d'où la nécessité de bien connaître : la physiopathologie de la pathologie cervicale, l'examen colposcopique du col utérin et les enjeux carcinologiques des infections à HPV, bien **choisir la méthode** thérapeutique qui doit être adaptée à la réalité lésionnelle et à la situation personnelle de la patiente (âge, désir de grossesse...), bien **connaître le maniement des techniques** chirurgicales, en vue de fournir une histologie interprétable, enfin (voire surtout) **donner une information complète** à la patiente sur les enjeux de ce traitement dont l'une des clés de voûte repose aussi sur le suivi post-thérapeutique. La **qualité** de ce traitement repose donc sur des critères de formation initiale (tant diagnostique que thérapeutique) mais également de formation continue, et comme nous le verrons sur des critères quantitatifs qui seuls peuvent assurer*

Hôpital Tenon - Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction - 4 rue de la Chine - 75020 Paris

Centre IGO gynécologie-obstétrique - 60 avenue d'Iéna - 75016 Paris

Correspondance : jlmergus@noos.fr

une certaine maîtrise de la qualité des procédures. D'où la nécessité de la mise en place et de l'adhésion de chacun des acteurs à une charte de qualité.

Mots clés : conisation, colposcopie, charte de qualité, HPV

Déclaration publique d'intérêt

Je ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec le sujet présenté.

QUE DEMANDER À UN BON TRAITEMENT DU COL DE L'UTÉRUS ?

Le praticien doit :

- poser de **bonnes indications**, d'où la nécessité de bien connaître : la physiopathologie de la pathologie cervicale, l'examen colposcopique du col utérin et les enjeux carcinologiques des infections à HPV ;
- bien **choisir la méthode** thérapeutique qui doit être adaptée à la réalité lésionnelle et à la situation personnelle de la patiente (âge, désir de grossesse...) ;
- bien **connaître le maniement des techniques** chirurgicales, en vue de fournir une histologie interprétable ;
- enfin (voire surtout) **donner une information complète** à la patiente sur les enjeux de ce traitement dont l'une des clés de voûte repose aussi sur le suivi post-thérapeutique.

La **qualité** de ce traitement repose donc sur des critères de formation initiale (tant diagnostique que thérapeutique) mais également de formation continue (car les critères thérapeutiques évoluent avec le temps et les connaissances), et comme nous le verrons sur des critères quantitatifs qui seuls peuvent assurer une certaine maîtrise de la qualité des procédures (dont les conséquences obstétricales sur des patientes

jeunes désireuses de maintenir leur fertilité peuvent s'avérer parfois délétères).

En France, ces critères de qualité sont encore loin d'être atteints comme le montrent les chiffres étonnants des interventions issus des codages PMSI 2004 [4] avec plus de 1 700 hystérectomies pour CIN ! Avec près de 4 700 conisations pour lésions de bas grade !

Ces préoccupations concernent tous les pays européens, ainsi la Fédération européenne de colposcopie (EFC) regroupant plus de 30 sociétés nationales de colposcopie vient d'émettre des recommandations [5].

Parmi celles-ci, certaines concernent le bilan préopératoire avec notamment l'obligation d'avoir un bilan colposcopique complet avant toute prise en charge thérapeutique (ce qui semble placé au coin du bon sens, mais ne se révèle pas toujours réalisé dans la pratique quotidienne...).

D'autres concernent la procédure elle-même :

- les techniques les plus conservatrices doivent être envisagées de première intention avec une préférence pour les résections à l'anse diathermique ;
- si possible sous anesthésie locale ;
- dans tous les cas en ambulatoire (sauf contre-indication) ;
- des réunions multidisciplinaires rassemblant cytologistes, anatomo-pathologistes et cliniciens doivent être encouragées afin de décider des conduites à tenir particulières dans les cas plus difficiles ou complexes.

Parmi les critères de qualité d'un traitement, les experts européens (plus de 30 nations votantes) ont retenu : les pourcentages des traitements réalisés sous anesthésie locale, ceux fait à l'anse diathermique, le pourcentage de pièces opératoires contenant une lésion de CIN2+, le pourcentage de conisation *in sano* et le taux de récurrences postopératoires à 12 mois avec des normes contraignantes décidées (à une majorité) pour 6 critères, ainsi :

- 85 % des pièces de conisation devront être porteuses d'une lésion de CIN2+ ;
- 80 % des conisations devront être faites en marge saine ;
- 100 % des traitements devront être précédés d'un examen colposcopique ;
- 100 % des zones de jonction squamocylindriques devront être précisées au préalable.

Avec 2 critères quantitatifs exigés pour les praticiens :

- au moins 50 colposcopies faites par an pour cytologie de bas grade ;

- au moins 50 colposcopies faites par an pour cytologie de haut grade.

D'autres critères n'ont pas retenu l'adhésion de la majorité des experts mais pourraient également être considérés comme des critères de qualité importants, comme le pourcentage de pièces opératoires faites en seul fragment (garant d'une meilleure interprétation histologique), le taux d'hémorragie per- ou postopératoires et le taux de récurrence à 12 mois.

En France, 4 sociétés savantes sous l'impulsion de la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV) et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) (SFCPCV, CNGOF, FNCGM (Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale) et SFG (Société française de gynécologie)) ont mis en place une charte de qualité pour la pratique colposcopique.

Celle-ci est centrée d'abord sur le versant diagnostique de la pathologie cervicale, passage indispensable à la pratique de la prise en charge et du traitement des précurseurs du cancer du col. Depuis 2013, la phase de réengagement à la charte de qualité a été initiée (procédure volontaire et individuelle pour les praticiens du territoire national). Ainsi, l'ensemble des praticiens ayant adhéré à la phase initiale doivent recommencer leur procédure d'adhésion car celle-ci n'était valable que 3 ans.

Elle devra dès lors être renouvelée tous les 3 ans, soit de 2013 à 2015, puis 2016-2018...

Après formation initiale ou lorsque l'accord d'adhésion de qualité a été donné pour exercice de fait, elle comporte deux volets :

- **un volet diagnostique** : pour la prise en charge diagnostique de la pathologie cervicale ;
- **un volet thérapeutique** : pour la prise en charge thérapeutique **qui ne sera ouvert qu'aux seuls titulaires du volet diagnostique.**

Volet diagnostique : l'engagement impose une action personnelle et volontaire de mise en place d'une procédure de qualité triennale.

Celle-ci comportera une liste aux contenus simples qu'il conviendra d'adresser tous les 3 ans à la commission, comportant les éléments suivants (éléments qu'il convient d'ores et déjà de réunir afin de pouvoir les fournir dès 2013) :

1. présence à un **congrès national ou international** uniquement dédié à la pathologie cervico-vaginale : sur une durée minimale de 2 demi-journées de 3 heures, cette présence sera exigée au minimum **tous les 3 ans** ;

2. présence à une **formation régionale ou locale chaque année**, ou adhésion à un programme d'EPP sur la pathologie cervico-vaginale, ou de training spécifique en colposcopie. Une accréditation des structures organisatrices devra être demandée si le congrès, la réunion ou l'évaluation (EPP) n'est pas dans une liste certifiée (critères requis : durée minimale de la session dédiée à la pathologie cervico-vaginale de 3 heures ou deux sessions d'1 heure 30). Chaque session d'1 heure 30 donne lieu à 1 unité de valeur ou UV, il sera donc demandé 2 UV par an ;
3. inscription à la SFCPCV ou autre organisme (société savante) ayant fait la démarche d'adhésion à la charte de qualité (la société devra être garante de l'organisation d'au moins 2 sessions - d'une demi-journée - dédiées à la formation en pathologie cervico-vaginale, chaque année soit 4 UV par an) ;
4. déclaration sur l'honneur de **pratiquer environ 50 colposcopies sur de nouvelles patientes par an** (sans critère qualitatif en l'absence de contrôle de qualité des laboratoires de cytopathologie). Les critères quantitatifs seront définitivement adoptés puis adaptés par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières ;
5. être titulaire d'un DU ou DIU de colposcopie pour ceux qui n'auront pas validé la première étape volontaire (2010-2012). Dans le cas où ce diplôme ne serait pas fourni, et pour les médecins diplômés depuis plus de 3 ans, une évaluation nationale sera organisée chaque année sur une demi-journée, afin de délivrer une attestation d'évaluation de niveau.

Volet thérapeutique : cette demande devra être volontaire et comporte un prérequis préalable :

1. être adhérent et avoir **obtenu le label du volet diagnostique** ;
2. déclarer offrir à toutes ses patientes l'ensemble des choix thérapeutiques adaptés à la situation clinique : destruction, résection et/ou conisation ;
3. déclarer faire environ **30 gestes thérapeutiques conservateurs** (résection ou destruction) par an. Les critères quantitatifs seront définitivement adoptés puis adaptés par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières. La commission se réserve le droit de demander éventuellement au requérant le détail des dossiers de ses prises en charge thérapeutiques ;
4. avoir une histologie des pièces d'exérèse porteuses de lésions significatives de **CIN2+ dans plus de 70 % des cas**.

On peut donc noter d'emblée que ces critères de qualité en France sont pour le moins nettement moins contraignants que ceux émis par la Fédération européenne de colposcopie [1-3], eux-mêmes légèrement moins contraignants que ceux mis en place au Royaume-Uni.

Mais même si ces critères sont moins contraignants, il serait indispensable que ceux-ci soient mis en œuvre réellement dans la pratique quotidienne de notre territoire où, comme l'indiquent les codifications du PMSI, encore trop de traitements inadéquats sont actuellement réalisés dans notre pays.

Dernier critère de qualité du traitement encore souvent négligé : **la mise en place de protocoles de surveillance postopératoire**, car les patientes traitées pour un précurseur du cancer du col gardent un risque significativement supérieur à celui de la population générale, d'où la nécessité d'une surveillance régulière et prolongée au cours de laquelle la réalisation d'un test HPV pourrait avoir toute sa place.

Au total, l'amélioration des performances de la colposcopie, du traitement des précurseurs et donc de la prévention du cancer du col passe probablement par deux types de mesures :

- individuelles, basées sur le volontariat des praticiens colposcopistes pour améliorer leur pratique par une meilleure formation (à la fois initiale et continue). Avec une participation à des trainings ou des audits d'autoévaluation de leur pratique et par l'adhésion à une charte de bonne pratique clinique basée sur l'application de recommandations nationales voire européennes ;
- collectives, basées sur l'augmentation du nombre de colposcopistes, la valorisation de l'examen et l'organisation du dépistage du cancer du col, avec des procédures de contrôle de qualité et des audits de résultats annuels tant des praticiens cliniciens que des structures cyto-histologiques ou virologiques qui leurs sont forcément associées, ainsi l'organisation de réunions multidisciplinaires rassemblant cytologistes, anatomo-pathologistes et cliniciens doivent être encouragées afin de décider des conduites à tenir particulières dans les cas plus difficiles ou complexes.

Cette procédure d'assurance qualité permettra à chacun de mieux connaître (et ainsi faire reconnaître ses efforts d'amélioration et de maintien de ses connaissances) et conserver des procédures adaptées de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques pour une meilleure prévention du cancer du col utérin et ainsi une meilleure préservation de l'avenir obstétrical de patientes souvent jeunes.

Bibliographie

- [1] Bulten J, Horvat R, Jordan J, Herbert A, Wiener H, Arbyn M. European guidelines for quality assurance in cervical histopathology. *Acta Oncol* 2011 Jun;50(5):611-20. doi: 10.3109/0284186X.2011.555779. Epub 2011 Feb 11.
- [2] Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology* 2008 Dec;19(6):342-54. doi: 10.1111/j.
- [3] European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, second edition. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2008.
- [4] État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et Recommandations HAS juillet 2010.
- [5] Colposcopy, quality assurance: European federation of colposcopy. <http://www.e-f-c.org/pages/quality-assurance.php?lang=DE>.