

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2008
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2008*

La colposcopie est-elle difficile ?

J. GONDROY, P. HAGNERE, Y. DREAN, S. LANTA, J.-C. BOULANGER *
(Amiens)

I. INTRODUCTION

La colposcopie est un examen important dans la prévention et la prise en charge du cancer du col utérin. Elle a pour but de repérer les anomalies au niveau du col utérin, d'en préciser la topographie et de décider le siège d'une éventuelle biopsie.

Est-ce un examen difficile ? En fait, la sensibilité de la colposcopie à différencier un col normal d'un col anormal est bonne, voire excellente. La plupart des lésions sont repérées quand la zone de jonction est visible, dans 73 à 100 % des cas dans la littérature, mais le problème réside dans sa médiocre spécificité, c'est-à-dire la capacité à porter un bilan lésionnel précis, inférieure à 50 % [1].

Il s'agit d'un examen subjectif avec une reproductibilité inter et intra-opérateur très imparfaite [2-4]. La concordance entre l'interprétation colposcopique et le résultat histologique est de 70-90 % [5-9]. La concordance entre la biopsie dirigée sous colposcopie et le résultat de la conisation est de 70 % environ [10, 11]. La performance

* Service de Gynécologie Obstétrique - CHU - 124 rue Camille Desmoulins - 80054 Amiens

de la colposcopie est opérateur dépendant, la compétence et l'expérience des médecins pratiquant la colposcopie sont variables [12-14]. Ce constat signifie-t-il que la colposcopie est difficile ?

Pour vérifier ces données de la littérature, nous avons tenté d'évaluer la performance de la colposcopie en France par une étude que nous présentons ; dans un deuxième temps, les éléments à mettre en place pour rendre la colposcopie moins difficile au quotidien sont analysés.

2. ÉTUDE EN FRANCE

Notre étude est une étude d'évaluation à partir de 60 dossiers portant sur l'expertise et l'interprétation d'images colposcopiques.

Deux groupes de colposcopistes ont été sélectionnés : « expert » (n = 15) et « praticien » (n = 41).

L'évaluation s'est déroulée par le biais du CD qui avait été envoyé aux praticiens et experts. 60 CD ont été expédiés dans toute la France.

Les résultats étaient recueillis sur une fiche qui était par la suite renvoyée par courrier électronique ou postal dans le service.

Pour chaque dossier, 3 items ont été analysés :

- décrire le tableau colposcopique en utilisant la classification de la Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV) ;
- dire si une biopsie était nécessaire ou pas (B+ ou B-) ;
- préciser l'histologie attendue (col normal, anomalie bénigne, CIN1, CIN2-3, lésion invasive ou micro-invasive, AIS).

Les résultats ont été rapportés de manière anonyme sur un tableau Microsoft Office Excel 2003.

Pour la transcription des résultats, les réponses ont été incluses dans des groupes.

Pour l'item « impression colposcopique », les colposcopies ont été classées en 4 groupes : col normal, anomalie bénigne, TAG1, TAG2.

Pour l'item « histologie attendue », les lésions cervicales ont été réparties en 4 groupes : bénin/CIN1 ; CIN2-3 ; cancer invasif (KI) ou micro-invasif (KMI) ; adénocarcinome in situ (AIS).

Les comparaisons de moyennes entre groupes ont été réalisées par le test t de Student. Pour les variables à répartition non gaussienne, le test non paramétrique de Mann-Whitney (test u) a été utilisé. Le degré de significativité a été fixé à $p = 0,05$.

3. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

56 colposcopistes ont participé à cette étude : un quart d'experts, trois quarts de praticiens.

La note globale moyenne pour l'ensemble des 56 participants est 13,11/20.

En fonction de l'expérience, la note moyenne est de 15,8/20 pour les experts et 12,2/20 pour les praticiens ($p < 0,001$).

Par item

Pour la totalité de l'effectif (experts et praticiens confondus), la sensibilité de la colposcopie, c'est-à-dire sa capacité à identifier un col pathologique est tout à fait performante avec un résultat de 75 % pour l'interprétation colposcopique. La spécificité de la colposcopie, c'est-à-dire sa capacité à porter un diagnostic lésionnel, est moins performante avec un résultat de 50 %. Ces 2 résultats sont concordants avec les données de la littérature. La colposcopie s'avère performante pour diriger les biopsies afin d'obtenir un diagnostic anatomopathologique, la pertinence de la biopsie est de 72 %.

En fonction de l'expérience

Toutes lésions confondues, les experts (88 %) sont plus sensibles que les praticiens (70 %). La biopsie est pertinente dans 82 % pour les experts et dans 69 % pour les praticiens. Un tiers des experts et plus de la moitié des praticiens ne prédisent pas l'histologie attendue : les experts sont plus spécifiques que les praticiens. La différence est significative ($p < 0,001$) pour les 3 items entre experts et praticiens.

Les colposcopistes ont tendance à surestimer les lésions bénignes ou de CIN1 ainsi que les cols normaux.

En cas de lésions de CIN2-3 (en %), le tableau colposcopique est très évocateur, plus de 80 % des colposcopistes évoquent une transformation atypique de grade II. Moins de 10 % des diagnostics sont manqués par la biopsie, lorsque celle-ci n'a pas été réalisée, le diagnostic évoqué était métaplasie ou condylome.

La colposcopie est spécifique pour le diagnostic de CIN2-3 dans près de trois quarts des cas pour les experts et dans plus de la moitié des cas pour les praticiens. Les experts ont tendance à surestimer les lésions, les praticiens ont tendance à sous-estimer les lésions.

Cancers invasif et micro-invasif ont été inclus dans un seul et même groupe.

Le diagnostic de micro-invasion est rarement évoqué, celui-ci est pris par défaut pour une lésion de CIN2-3 ou par excès pour un cancer invasif.

Les résultats entre experts et praticiens ne sont pas significatifs pour les 3 items en cas de lésions invasives ou micro-invasives.

Le tableau suivant résume les résultats en fonction de l'expérience, du type de lésion et par item.

Tableau 1 : Comparaison des tests HPV et de la répétition des frottis pour détecter des lésions histologiques CIN2+ (d'après [8])

EXPERTS	BéniN/CINI	CIN2-3	AIS	KI-KMI
Nombre de cas	31	15	1	15
Interprétation colposcopique	87 %	93 %	73 %	85 %
Pertinence de la biopsie	74 %	95 %	73 %	88 %
Prédire l'histologie	72 %	72 %	40 %	50 %
PRATICIENS	BéniN/CINI	CIN2-3	AIS	KI-KMI
Nombre de cas	31	15	1	13
Interprétation colposcopique	61 %	82 %	66 %	82 %
Pertinence de la biopsie	53 %	90 %	76 %	91 %
Prédire l'histologie	49 %	57 %	49 %	35 %

4. DISCUSSION

Comme nous l'avons vu en conclusion de cette étude réalisée en France, la colposcopie nécessite un apprentissage et les performances sont corrélées à l'expérience du colposcopiste.

Deux questions se posent :

- Comment améliorer la performance et la reproductibilité de la colposcopie ?
- Dans quelle démarche de contrôle de qualité et d'accréditation faut-il s'inscrire ?

L'amélioration des performances en colposcopie passe par une formation initiale la plus standardisée possible, ainsi que par une mise à jour régulière des pratiques et des connaissances.

La formation initiale s'effectue au cours du cursus de formation des internes de DES de gynécologie obstétrique, elle est souvent variable voire très insuffisante ou inexistante selon les régions. Il n'existe pas pour l'instant d'uniformisation de cette formation, même si une commission a été créée au sein de la SFCPCV pour tenter d'harmoniser sur le plan national cette formation, de manière par la suite à créer un Diplôme Interuniversitaire (DIU) comme pour l'échographie [15]. L'apprentissage doit débiter par la connaissance parfaite de la sémiologie de l'imagerie colposcopique et doit être suivi par un entraînement régulier. Seule la rigueur rend plus « facile » la colposcopie ; les impressions reposant sur les bases d'une formation initiale non satisfaisante sont à l'origine d'erreurs d'interprétation quelquefois graves. La formation médicale continue est absolument nécessaire. Elle commence par une pratique régulière de la colposcopie en consultation et au bloc opératoire.

Elle passe par la participation à des journées de perfectionnement en colposcopie : journée annuelle de la SFCPCV, journées régionales de colposcopie, adhésion à des sociétés de colposcopie. Elle doit comporter dans l'idéal une auto-évaluation. On peut citer l'étude de Ferris en 2002 sur les effets bénéfiques d'un stage intensif en colposcopie [16]. On note une amélioration individuelle significative de l'impression colposcopique à la fin du stage comparée au début avec respectivement 56 % et 44 %, l'amélioration concernait la reconnaissance des CIN1 (25 %), CIN2-3 (23 %) et cancers (20 %).

Il semble également intéressant de s'inspirer de l'exemple de la société américaine de colposcopie qui publie chaque mois un dossier de pathologie cervico-vaginale sur le site de l'ASCCP [17]. Enfin, comme sur le modèle anglais [18], la liste des adhérents pourrait être consultée en ligne sur le site de la SFCPCV et constituerait en quelque sorte une accréditation. L'inscription serait d'ailleurs soumise à certains critères : obtention du DIU de colposcopie, renouvellement sous conditions de satisfaire aux obligations de formation continue.

Une exigence de masse critique semble nécessaire. Le nombre de colposcopies par an est estimé par la SFCPCV à 200 dont 40 à 60 % avec une biopsie ainsi que 50 nouvelles patientes dont 30 avec une lésion, témoins d'un bon niveau d'activité [19]. La Société européenne de colposcopie est, quant à elle, moins exigeante avec 50 colposcopies pour frottis anormal par an [20].

À l'heure des nouvelles technologies, l'utilisation de télé-médecine peut se révéler comme un atout de taille en colposcopie. Elle permet d'informatiser et de stocker sur PC les données de chaque examen colposcopique assurant ainsi un meilleur suivi des patientes et incitant une exigence de qualité sur son travail [20]. Cela permet également de transmettre les données à un centre de référence pour les cas difficiles qui posent un problème de prise en charge ou d'interprétation.

D'une part la télé-médecine permet un bon entraînement aux praticiens, mais améliore aussi d'autre part les diagnostics.

La formation initiale et continue ainsi que la pratique d'un grand nombre de colposcopies vont permettre au colposcopiste de forger son expérience.

Néanmoins, nous avons vu que la colposcopie est un examen très subjectif avec une grande variabilité inter et intraopérateur. C'est pourquoi la colposcopie doit s'inscrire dans une démarche de contrôle de qualité afin de garantir à chaque patiente le meilleur résultat en termes de santé.

À l'heure où la tendance est à tout réglementer, il convient d'y réfléchir sérieusement pour se protéger d'éventuels problèmes médico-légaux et avant que les systèmes judiciaires ou d'assurance nous l'imposent. Le principe n'est pas nouveau et de nombreux pays étrangers, en particulier européens, l'ont déjà mis en place depuis plusieurs années, notamment le Royaume-Uni. Déjà, en 1996, D. Luesley avait publié des recommandations de « standard and quality in colposcopy ».

Rappelons qu'en France, la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale a initié une démarche comparable qui a abouti à des « recommandations pour la pratique de la colposcopie » publiées en mars 2000.

Quelles mesures proposer ? Deux points nous paraissent importants, tout d'abord les critères techniques d'organisation de l'examen colposcopique, ainsi que les critères de qualité.

D'une part, la pratique d'une « bonne » colposcopie suppose un certain nombre de procédures d'organisation et d'information avec utilisation de matériel adapté, informatisation des données, suivi des patientes avec reconvo-cation des patientes perdues de vue, procédure de réduction du délai d'attente, nécessité d'un médecin référent en milieu hospitalier.

La réalisation de fiches colposcopiques complètes avec schéma lésionnel et/ou cliché numérisé de façon systématique est intéressante à prendre en compte car l'on s'oblige à une meilleure observation si

l'on doit la restituer sur le papier. De même, quand on reçoit le résultat de la biopsie, on ne se souvient pas toujours de sa colposcopie [20].

À la lecture des différentes mesures énoncées ci-dessus, on peut s'interroger sur la nécessité d'un contrôle de qualité en France et comment le mettre en place.

Faut-il envisager une accréditation en France ?

On peut rappeler que pour les médecins, la loi du 8 août 2004 confirme l'obligation de formation continue et la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie soumet tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Le décret du 14 avril 2005 indique clairement la relation entre les deux : « **l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue** » et charge la Haute Autorité de santé « de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles » (art 35).

L'accréditation en colposcopie semble donc une étape nécessaire compte tenu de l'évolution des pratiques médicales et de gestion des risques par les assurances professionnelles. Au vu des expériences étrangères et de la revue de la littérature, certains critères semblent indissociables de la pratique d'une « bonne » colposcopie :

- La formation initiale.
- Le maintien de la qualité par la formation médicale continue.
- Exigence de nombre.
- Critères de qualité basés essentiellement sur la concordance colpo-biopsie > 80 % et la corrélation biopsie-pièce d'exérèse > 75 %.

5. CONCLUSION

La colposcopie n'est pas un examen facile :

- la concordance colpo-histologique est parfois médiocre,
- la reproductibilité inter-observateur est peu importante,
- la concordance intra-observateur est variable.

Elle est plus performante si le clinicien s'astreint à une méthodologie rigoureuse.

La pertinence de la colposcopie est corrélée à l'expérience du colposcopiste.

L'entraînement après la formation initiale est essentiel ; la connaissance parfaite des images unitaires pour les intégrer dans un tableau colposcopique améliore très nettement la qualité de l'examen. La participation à des formations continues est indispensable pour améliorer ses compétences et rendre cet examen pas trop difficile et performant.

Résumé

La colposcopie est-elle difficile ?

La colposcopie est un examen indispensable pour la prise en charge des pathologies vulvovaginales et du col utérin. Elle a pour but de préciser la topographie des lésions afin de porter la biopsie sur le site le plus grave ; c'est aussi l'outil indispensable pour adapter le traitement (destruction ou exérèse) avec le maximum de sécurité. C'est un examen subjectif et l'on peut s'interroger sur ses difficultés de réalisation.

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude en France comparant les performances de la colposcopie dans les mains de praticiens et les mains d'experts. Les conclusions de cette étude rejoignent les données de la littérature : la colposcopie est un examen sensible (il n'est pas difficile de mettre en évidence une « lésion ») mais peu spécifique (il est plus difficile de qualifier la gravité de la « lésion »).

Les experts sont significativement plus performants que les praticiens avec une corrélation directe liée à l'expérience et au nombre d'examen faits régulièrement.

Dès lors, les auteurs proposent les moyens à mettre en œuvre pour améliorer les performances de la colposcopie au quotidien et la rendre moins « difficile ».

Mots clés : colposcopie, performance, concordance, inter-observation, formation

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] Wensveen C, Kagie M, Nagelkerke N, Trimbos B. Interobserver agreement on interpreting hand drawings of colposcopy in women with borderline cytology to predict high-grade lesions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007 Nov;135(1):123-6. Epub 2006 Sep 14.
- [3] Ferris DG, Litaker MS, ALTS group. Prediction of cervical histologic results using an abbreviated Reid Colposcopic Index during ALTS. *AJOG* 2006;194:704-10.
- [4] Etherington IJ, Luesley DM, Shafi MI, Dunn J, Hiller L, Jordan JA. Observer variability among colposcopists from the West Midlands region. *Br J Obstet Gynaecol* 1997 Dec;104(12):1380-4.
- [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.
- [6] Massad LS, Collins YC. Strength of correlations between colposcopic impression and biopsy histology. *Gynecol Oncol* 2003 Jun;89(3):424-8.
- [7] Benedet JL, Maticic JP, Bertrand MA. An analysis of 84244 patients from the British Columbia cytology-colposcopy program. *Gynecol Oncol* 2004;92(1):127-34.
- [8] Wu S, Meng L, Wang S, Ma D. A comparison of four screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Nov;91(2):189-93.
- [9] Srisomboon J, Tangchaitrong CA, Bhusawang Y, Chairatana A. Evaluation of colposcopic accuracy in diagnosis of cervical neoplasia. *J Med Assoc Thai* 1996 Jul;79(7):423-8.
- [10] Boonlikit S, Asavapiriyonont P, Junghuttakarnsatit P, Tuipae S, Supakarapongkul W. Correlation between colposcopically directed biopsy and large loop excision of the transformation zone and influence of age on the outcome. *J Med Assoc Thai* 2006 Mar;89(3):299-305.
- [11] Starzewski J, Gozdz S, Chil A, Piasek G, Plutecki J, Smorag L, Dembowska R, Krawczyk J. Postoperative verification of cervical intraepithelial neoplasia grade. *Wiad Lek* 2003;56(3-4):162-6.
- [12] Ferris DG, Litaker MS. ASCUS/LSIL Triage Study (ALTS) Group. Colposcopy quality control by remote review of digitized colposcopic images. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Dec;191(6):1934-41.
- [13] Baum ME, Rader JS, Gibb RK, McAlister RP, Powell MA, Mutch DG, Gao F, Wright JD. Colposcopic accuracy of obstetrics and gynecology residents. *Gynecol Oncol* 2006 Dec;103(3):966-70.
- [14] Gage JC, Hanson VW, Abbey K, Dippery S, Gardner S, Kubota J, Schiffman M, Solomon D, Jeronimo J; ASCUS LSIL Triage Study (ALTS) Group. Number of cervical biopsies and sensitivity of colposcopy. *Obstet Gynecol* 2006 Aug;108(2):264-72.
- [15] Quéreux C, Boulanger JC, Leroy JL. Quelle formation initiale et continue ? Mises à jour en colposcopie et pathologie du col. XXX^{es} journées nationales CNGOF, Paris, 2006.
- [16] Ferris DG, Spitzer M, Werner C, Dickman ED, Shiver RL. Colposcopy Quality Control for Clinical Trials: The Positive Effects from Brief, Intensive Educational Intervention. *J Low Genit Tract Dis* 2002 Jan;6(1):11-16.
- [17] American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). Practice recommendations; mentorship program requirements.
- [18] The British Society for Colposcopy and Cervical Pathology (BSCCP). Certification, Training.
- [19] Baldauf JJ. Controverses en colposcopie. L'accréditation en colposcopie. Quelles normes ? *Reproduction Humaine et Hormones* 2002;15(3):137-41.
- [20] Boulanger JC, Gondry J. Faut-il envisager une accréditation en colposcopie ? Mises à jour en colposcopie et pathologie du col. XXX^{es} journées nationales CNGOF, Paris, 2006.