

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech*

**EXTRAIT des
Mises à jour
en gynécologie médicale
Volume 2010**

Publié le 10 décembre 2010

—



*TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2010*

Repenser la classification colposcopique : proposition d'une méthode d'évaluation du risque et d'aide à la décision thérapeutique

J.L. MERGUI ^{1*}, X. CARCOPINO ^{2, 3}, J. MARCHETTA ⁴, J. GONDRY ⁵,
L. BOUBLI ²
(Paris, Marseille, Dublin (Irlande), Angers, Amiens)

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

2 - Hôpital Nord - Service de gynécologie-obstétrique - Chemin des Bourrelly - 13915
Marseille cedex 20

3 - The Coombe Women's Hospital - Royal College of Surgeons in Ireland -
Department of obstetrics and gynaecology - Dublin 8 - Ireland

4 - CHU Angers - Service de gynécologie-obstétrique - 4 rue Larrey - 49933 Angers
cedex 09

5 - CHU Amiens - Service de gynécologie-obstétrique - 124 rue Camille Desmoulins -
80054 Amiens cedex 1

* Correspondance : jlmergui@noos.fr

Résumé

Nous proposons une « méthode d'évaluation de risque et d'aide à la décision thérapeutique » reposant sur 5 critères : l'impression colposcopique, le type de jonction pavimento-cylindrique, l'étendue de la zone de transformation atypique, l'âge de la patiente et la concordance des résultats de la cytologie et de l'histologie.

Chacun de ces 5 critères serait gradé de 1 à 3 en fonction de leur sévérité. La présence d'un seul critère de grade 3 ou de deux critères de grade 2 pourrait imposer un traitement d'exérèse, a priori par résection à l'anse, permettant d'obtenir l'analyse histologique de la pièce d'exérèse.

Un traitement destructeur ou une simple surveillance ne pourraient être envisagé que s'il n'existe qu'un seul critère de grade 2 ou si les 5 critères sont de grade 1.

Cette méthode de classification du risque semble séduisante, mais reste à évaluer.

Mots clés : colposcopie, nomenclature, CIN, traitement conservateur, conisation, néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus, traitement, résection à l'anse, microinvasion, colposcopie

Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

1. INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie qui justifie parfaitement la mise en œuvre d'un dépistage. C'est une maladie fréquente, dont la mortalité est élevée et pour laquelle il existe un traitement efficace des lésions précancéreuses : les néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN). Enfin, il existe un test de dépistage efficace, peu coûteux et facilement acceptable par les patientes : le frottis cervico-utérin (FCU). En France, comme dans la plupart des pays développés, le dépistage basé sur la réalisation d'un FCU tous les trois ans de 25 à 65 ans, et permettant le traitement des CIN identifiés a permis une réduction massive de l'incidence des cancers infiltrants [1]. En 2005, en France, le cancer du col était le dixième cancer de la femme avec une incidence de 3 068 cas et 1 067 décès [2].

Mais lorsque nous prenons en charge une lésion intraépithéliale du col de l'utérus, il est essentiel de garder à l'esprit que ce n'est pas une lésion cancéreuse que nous traitons, mais un risque pour une patiente de développer éventuellement un jour un cancer. L'amélioration de la connaissance de l'histoire naturelle des CIN et de la morbidité obstétricale et néonatale des traitements conservateurs mis en balance avec le recul de l'âge moyen de la première grossesse impose la plus grande prudence dans le traitement des CIN1 et une réflexion sur la prise en charge des CIN2-3, et nous oblige à affiner les indications thérapeutiques et à reconsidérer l'utilisation des traitements destructeurs [3-7].

Cette réflexion apparaît d'ailleurs dans les recommandations du collège des gynécologues obstétriciens américains (ACOG) de 2006 qui admettent, en cas de diagnostic histologique de CIN2 et 3 chez l'adolescente et la femme jeune, la possibilité de choisir entre un traitement immédiat ou une abstention thérapeutique avec suivi rapproché par alternance FCU-colposcopie tous les 6 mois sur une durée de 24 mois [8].

Ces éléments imposent également de reconsidérer et d'adapter les objectifs de la colposcopie [7]. Plus qu'un simple outil de l'appréciation de la gravité lésionnelle histologique, la colposcopie est aussi l'outil privilégié de la caractérisation précise de la lésion et du choix de la stratégie thérapeutique. Ainsi, plutôt que de n'utiliser que l'impression colposcopique ou le résultat de l'analyse histologique d'une biopsie cervicale dirigée, la sélection des patientes qui doivent bénéficier d'un traitement conservateur et le choix de celui-ci devraient être basés sur une évaluation globale du risque de progression du CIN et du risque de méconnaître une lésion micro-invasive.

Dans ce texte, après une revue de la littérature, nous proposons une « méthode d'évaluation de risque et d'aide à la décision thérapeutique » basée sur les critères colposcopiques et cyto-histologiques utilisés en pratique courante et ayant été identifiés comme ayant un impact sur le risque de progression du CIN et sur le risque de méconnaître une lésion micro-invasive.

2. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN PATHOLOGIE CERVICALE

2.1. Performances et limites de la colposcopie

Le plus souvent indiquée par une anomalie au FCU de dépistage, la colposcopie reste l'examen de référence pour le diagnostic des CIN. La probabilité d'avoir une lésion de type CIN2-3, voire un début d'invasion, augmente avec la sévérité des anomalies au FCU initial et avec la sévérité de l'impression colposcopique [9, 10]. Par rapport aux patientes présentant des anomalies colposcopiques mineures, celles ayant des anomalies colposcopiques majeures ont un risque significativement plus important d'avoir une lésion de type CIN2+ (OR : 1,9 ; IC 95 % : 1,1-3,2 ; $p = 0,014$) [10]. Mais avec une sensibilité et une spécificité de 85 % et 69 % pour le diagnostic des CIN2-3, respectivement, les performances diagnostiques de la colposcopie seule sont bonnes mais limitées, ne permettant pas d'éviter une erreur diagnostique [9]. En particulier, la colposcopie ne permet pas d'éliminer le risque de méconnaître une lésion micro-invasive. La colposcopie, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, ne peut donc être utilisée comme l'outil unique du diagnostic et de la décision thérapeutique.

Afin de limiter la subjectivité de la colposcopie et de garantir sa reproductibilité ainsi que la comparaison des résultats, différentes classifications ont été établies.

On peut ainsi citer la classification de Coupez qui est celle actuellement utilisée par la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV) [11, 12].

Ou celle de la Fédération internationale de pathologie cervicale et de colposcopie (IFCPC) [13-15].

Mais aucune de ces classifications n'a permis d'amélioration significative des performances diagnostiques de la colposcopie.

L'utilisation de scores de gradation tels que le score de Reid, basé sur la visualisation colposcopique de signes de sévérité tels que l'intensité de la réaction acidophile, la présence d'anomalies vasculaires, de congestion, d'irrégularité de surface et d'orifices glandulaires cernés n'a pas non plus permis d'améliorer significativement les performances diagnostiques de la colposcopie [16-18].

L'utilisation pratique de ces classifications et scores reste d'un intérêt diagnostique médiocre et nous sommes aujourd'hui obligés d'admettre que si la colposcopie reste un examen essentiel et performant pour le

diagnostic des pathologies cervicales, elle souffre des limites inhérentes à tout examen subjectif.

La pratique d'une biopsie cervicale permet de compléter l'impression colposcopique par un diagnostic histologique et d'optimiser les performances de la colposcopie. Celle-ci sera indiquée en cas de frottis de haut grade et/ou de la présence de signes de gravité en colposcopie, mais aussi au moindre doute diagnostique. Mais les performances de la biopsie cervicale sont elles aussi imparfaites et dépendent directement de la localisation de la zone biopsiée [19]. Finalement, seule l'analyse histologique de la zone de transformation après son exérèse totale par résection à l'anse ou conisation permet d'avoir un diagnostic de certitude, mais ses conséquences ne sont pas anodines.

2.2. Évaluation du risque de méconnaître une lésion micro-invasive

Si la colposcopie ne suffit pas à supprimer le risque de méconnaître une lésion micro-invasive, les données récentes de la littérature nous permettent de définir des paramètres complémentaires de l'impression colposcopique permettant d'évaluer au mieux ce risque. Ces paramètres sont justement ceux que nous avons sélectionnés pour cette évaluation :

- la position de la limite interne de la zone de transformation (jonction pavimento-cylindrique (JPC)),
- la taille de la zone de transformation atypique,
- l'âge de la patiente,
- la concordance des résultats cytologiques (FCU) et histologiques (biopsie cervicale).

a. La position de la JPC influence directement les performances de la colposcopie. Celle-ci sera d'autant plus performante que la JPC est entièrement exocervicale, et donc entièrement et aisément visible (type 1) (Figure 1). Une zone de transformation dont la limite interne est partiellement ou totalement endocervicale, mais entièrement visible, permet toujours de considérer la colposcopie comme satisfaisante, mais en limite les performances diagnostiques (type 2). À l'extrême, une jonction non entièrement visible (type 3) rend la colposcopie insatisfaisante et inapte à porter un diagnostic. Ainsi, le risque de cancer à l'analyse histologique de pièces de conisation réalisées pour une colposcopie insatisfaisante serait de 3 % (Massad Low Genit Tract Dis 2005). La probabilité de CIN2+ à l'analyse histologique finale serait de 29 % lorsque la jonction n'est pas entièrement vue alors que la

colposcopie n'a mis en évidence aucune lésion. Cette probabilité augmente significativement avec la sévérité des lésions diagnostiquées à la biopsie : 27 %, 54 % et 74 % lorsque la biopsie conclut à un CIN1, 2 ou 3, respectivement ($p < 0,001$) (Massad J. Low Genit Tract Dis 2005).

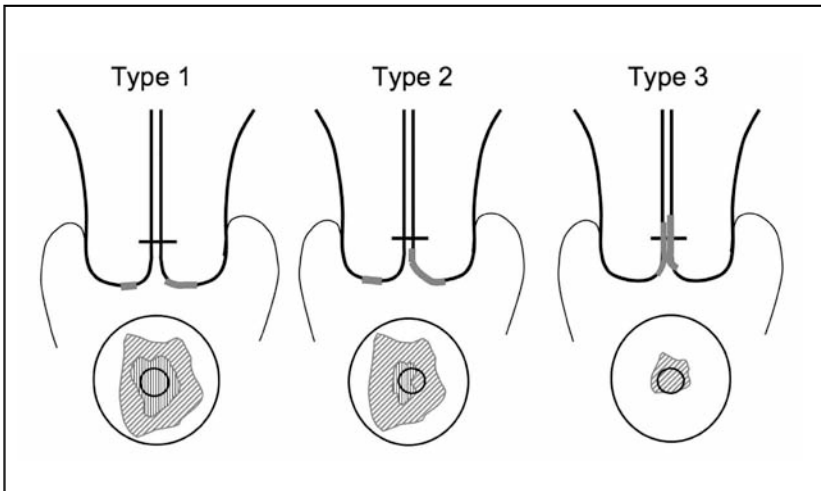
b. La taille (ou surface) de la zone de transformation atypique est également un facteur essentiel de l'évaluation du statut cervical. Elle augmente significativement avec la sévérité de la lésion cervicale [19]. Elle influence également les performances de la colposcopie, et une zone de transformation atypique étendue, atteignant plus de 2 quadrants, doit faire craindre le risque de sous-évaluation diagnostique initiale (Figure 2) [19]. Parce qu'elles dépendent directement du choix

Figure 1 - Schématisation en coupe utérine frontale (en haut) et en vision colposcopique (en bas) des différents types de zone de transformation (zone rouge hachurée transversalement). L'épithélium endocervical est schématisé par la zone hachurée par des lignes noires verticales. Le trait horizontal sur les coupes frontales schématise la limite de la visibilité en colposcopie. Le trait rouge schématise la zone de transformation.

Type 1 - La zone de transformation et sa limite interne sont entièrement visibles et entièrement exocervicales. L'examen colposcopique est satisfaisant.

Type 2 - La limite interne de la zone de transformation est partiellement ou entièrement endocervicale, mais reste totalement visible. L'examen colposcopique est satisfaisant.

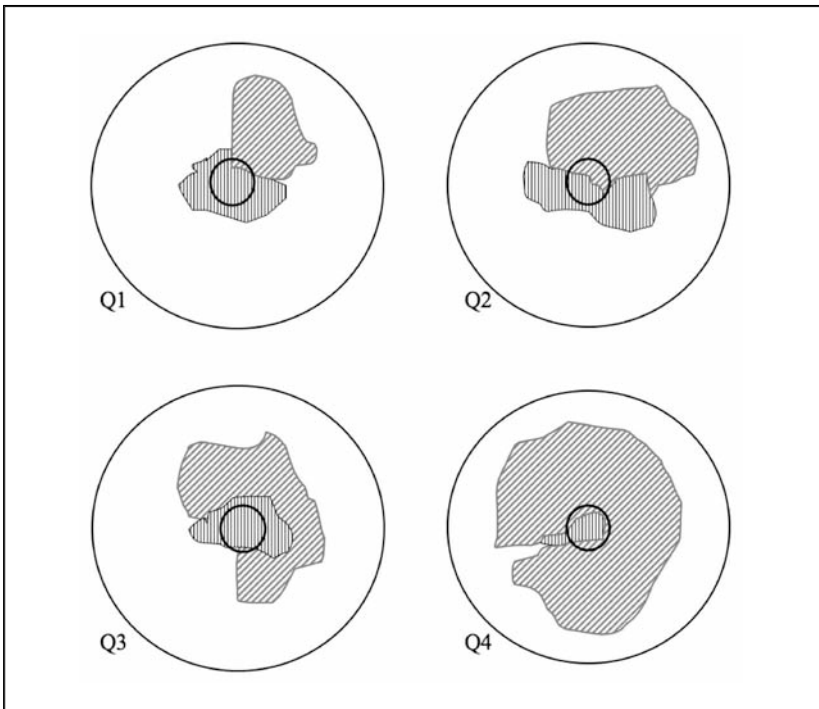
Type 3 - La limite interne de la zone de transformation est partiellement ou entièrement endocervicale mais n'est pas totalement visible. L'examen colposcopique est insatisfaisant.



de la zone biopsiée, les performances de la biopsie varient également avec la taille globale de la zone de transformation atypique. La valeur diagnostique de la biopsie est ainsi plus souvent prise en défaut pour des zones de transformation atypique de grande taille, atteignant plus de 2 quadrants du col de l'utérus, que pour des lésions moins étendues [19].

c. L'âge des patientes : le risque de cancer invasif varie également en fonction de l'âge [20]. Ainsi, l'âge moyen des patientes ayant un CIN3+ lié à HPV 16 ou 18 est de 29,8 et 35,2 ans respectivement (McLachlin, Hum Pathol 1997). Cet âge est d'ailleurs significativement plus important que celui des femmes présentant une lésion de type CIN1-2 due aux mêmes types viraux. Si l'incidence maximale des CIN 2-3 est observée vers 30 ans, celle du cancer du col est plus tardive,

Figure 2 - Schématisation des lésions cervicales (zone rouge hachurée transversalement) selon qu'elles s'étendent à 1 (Q1), 2 (Q2), 3 (Q3) ou 4 (Q4) quadrants du col de l'utérus. L'épithélium endocervical est schématisé par la zone hachurée par des lignes noires verticales.



environ 48 ans. Alors que les lésions de type CIN2 et 3 sont relativement fréquentes avant 30 ans, le cancer du col de la femme jeune reste exceptionnel dans cette tranche d'âge. En 2006, en Grande-Bretagne, c'est seulement 56 cancers du col qui ont été diagnostiqués avant 25 ans, soit seulement 2,5 % de tous les cancers diagnostiqués cette même année [21]. En France, on estime que la mortalité annuelle par cancer du col est actuellement de moins de 0,1/100 000 chez les femmes de moins de 25 ans contre 5/100 000 pour la tranche d'âge 40-64 ans [1].

d. Enfin, la sévérité des anomalies cytologiques et la concordance des résultats de la cytologie et de l'histologie d'une biopsie cervicale sont le dernier élément incontournable de l'évaluation de ces patientes. Le risque d'avoir un CIN2+ sur l'analyse de la pièce de conisation pour les patientes ayant un diagnostic de CIN2 à la biopsie est 2,8 fois plus important pour les patientes ayant un FCU de haut grade que pour un FCU de bas grade (OR : 2,8 ; IC à 95 % : 1,7-4,8 ; $p < 0,0005$) [10]. Chez des patientes ayant un diagnostic de CIN2 à la biopsie, le risque de diagnostiquer une lésion de type CIN2+ sur la pièce de conisation serait de 37 % pour une patiente ayant un FCU de bas grade et dont l'impression colposcopique est également de bas grade (anomalies colposcopiques mineures) contre près de 70 % en cas de FCU de haut grade avec la présence d'anomalies majeures à la colposcopie.

3. TRAITEMENT DES CIN

3.1. Efficacité des différentes techniques existantes

Qu'ils soient destructeurs (vaporisation au laser et cryothérapie) ou d'exérèse (conisation chirurgicale ou au laser et résection à l'anse), les traitements des lésions intraépithéliales du col de l'utérus ont une excellente efficacité, de l'ordre de 80 à 95 % ([8, 22-28] Martin-Hirsch, Cochrane 2010). Malgré cela, les patientes traitées pour un CIN2-3 conservent un risque 4 à 5 fois plus élevé que la population générale féminine de développer secondairement un cancer infiltrant du col de l'utérus, et ce sur un suivi de 10 ans et quelle que soit la technique utilisée [29]. À ce jour, aucun traitement n'a fait la preuve d'une meilleure efficacité thérapeutique (Martin-Hirsch Cochrane 2010). Le choix d'un type de traitement par rapport à un autre ne se fera donc pas sur des critères d'efficacité, mais en tenant compte d'autres

arguments : la simplicité d'exécution, la possibilité de disposer d'une analyse histologique de la zone traitée et la morbidité à court et à long termes à laquelle la technique choisie expose la patiente (Tableau 1).

Lors de la réalisation d'un traitement d'exérèse, le statut des marges de résection influence directement le risque de récurrence [30-32]. Celui-ci est estimé à 3 % en cas de marges saines et monte à 18 % en cas de marges envahies, risque relatif (RR) : 5,47 ; intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) : 4,37-6,83 [33]. Pour cette raison, le geste thérapeutique doit être réalisé sous guidage colposcopique direct par un opérateur expérimenté [34]. Réalisé à l'aveugle et de manière systématique, le traitement d'exérèse expose au risque de résection incomplète mais aussi d'exérèse d'un volume cervical inadapté, parfois inutilement volumineux et dont les conséquences obstétricales peuvent être dramatiques.

3.2. Morbidité des différentes techniques existantes

3.2.1. Morbidité immédiate et précoce

L'hémorragie génitale est la principale complication immédiate des traitements des lésions intraépithéliales du col de l'utérus. Mais ce risque reste faible et ne semble pas être significativement différent selon la technique employée [28]. Les autres complications immédiates sont essentiellement les douleurs peropératoires en cas de traitement sous anesthésie locale. Celles-ci semblent être significativement plus fréquentes lors d'une conisation au laser [28]. Si les saignements sont fréquents en période post-thérapeutique, persistant parfois 2 à 3 semaines [35], une hémorragie franche est possible jusqu'à 4 semaines après le geste. Celle-ci est le plus souvent due à une chute d'escarre entraînant la mise à nu d'une artériole cervicale.

3.2.2. Morbidité obstétricale et néonatale

Alors que la vaporisation au laser ne semble pas augmenter le risque d'accouchement prématuré, la conisation chirurgicale et la résection à l'anse augmenteraient tous deux significativement ce risque [7]. De la même manière, alors que la vaporisation au laser ne semble pas exposer les patientes à un risque significativement plus élevé de petit poids de naissance (< 2 500 grammes), ce risque serait augmenté après une conisation chirurgicale et une résection à l'anse. Il semble également que la résection à l'anse expose à un risque significativement plus élevé de rupture prématurée des membranes. Enfin, la conisation chirurgicale augmenterait significativement le risque d'accouchement

Tableau 1 - Synthèse des avantages et inconvénients des différents traitements des lésions intraépithéliales du col de l'utérus

	Traitement destructeur		Traitement d'exérèse		
	Vaporisation au laser	Cryothérapie	Conisation chirurgicale	Conisation au laser	Réssection à l'anse
Réalisation sous contrôle colposcopique direct	Oui	Non	Non	Oui	
Anesthésie	Non		Générale	Locale ou générale	
Efficacité	Équivalente				
Modalités de réalisation / coût équipement	Simple Équipement adapté	Simple Traitement le moins cher	Simple Bloc opératoire et hospitalisation ambulatoire	Équipement adapté Bloc opératoire et hospitalisation ambulatoire	Simple Bloc opératoire et hospitalisation ambulatoire
Volume détruit ou réséqué	Adapté Geste « sur mesure »	Aléatoire et peu adaptable	Généralement important		Adapté Geste « sur mesure »
Analyse histologique finale	Non Risque de méconnaître une lésion micro-infiltrante		Oui		
Douleurs peropératoires	Minimes		-	Plus importantes	Minimes
Hémorragie per et postopératoire	Rares mais possibles jusqu'à 4 semaines après le geste				
Morbidité obstétricale	Aucune		Accouchement prématuré Petit poids de naissance (< 2 500 g) Naissance par césarienne	Aucune	Accouchement prématuré Petit poids de naissance (< 2 500 g) Rupture prématurée des membranes
Morbidité néonatale	Aucune		Mortalité périnatale Prématurité sévère (< 34 SA) et extrême (< 30 SA) Petit poids de naissance (< 2 000 g)	Petit poids de naissance (< 2 000 et < 1 500 g)	Aucune
Difficulté de suivi post-thérapeutique par colposcopie insatisfaisante	Non		Possible		

par césarienne [7]. Le volume de la pièce de résection, et en particulier sa hauteur, est probablement le facteur déterminant du risque d'accouchement prématuré.

En complément des complications obstétricales, la morbidité et la mortalité néonatales de ces traitements ont été récemment évaluées [6]. Ainsi, la conisation chirurgicale augmenterait significativement le risque de mortalité périnatale, de prématurité sévère (< 34 SA), de prématurité

extrême (< 30 SA), et de petit poids de naissance (< 2 000 g). La conisation au laser augmenterait le risque de petit poids de naissance de moins de 1 500 et 2 000 grammes. Par contre, la résection à l'anse, la cryothérapie et la vaporisation au laser n'augmenteraient pas la morbidité, ni la mortalité néonatales [6].

3.2.3. Suivi post-thérapeutique et risque de colposcopie insatisfaisante

Du fait du risque de récurrence et d'un risque global plus important de cancer infiltrant du col de l'utérus [29], le suivi post-thérapeutique de ces patientes est un point essentiel de leur prise en charge. Celui-ci repose initialement sur le couple FCU-test HPV à 6 et 18 mois, puis sur un suivi prolongé [36-38]. La colposcopie reste indiquée en cas d'anomalie de l'un ou de ces deux examens. Les traitements d'exérèse augmentent le risque de colposcopie insatisfaisante et compromettent donc le suivi en rendant la colposcopie plus difficilement réalisable [39]. Mais c'est surtout la conisation chirurgicale qui expose le plus au risque de colposcopie insatisfaisante [28]. En particulier, l'utilisation de points et/ou de surjets hémostatiques augmente significativement ce risque et doit donc être évitée [28].

4. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

4.1. Les indications thérapeutiques : recommandations actuelles

Pour les CIN1, la régression spontanée de la lésion s'observe dans 60 à 80 % des cas [40]. Si la lésion va persister dans près d'un tiers des cas, le risque de progression vers un CIN2 ou 3 est beaucoup plus faible (2-12 %) [40]. Le risque de cancer infiltrant du col de l'utérus est exceptionnel (0,15-0,26 %), et s'étale sur une dizaine d'années. De plus, les CIN1 sont fréquentes chez la jeune femme de moins de 30 ans chez laquelle un traitement d'exérèse peut avoir des conséquences obstétricales dramatiques. Pour ces raisons, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) recommande l'abstention thérapeutique pour ces patientes [36]. Un traitement ne sera indiqué que pour une lésion persistant au moins 18 mois ou, bien entendu, en cas d'aggravation de la lésion en CIN2-3. Le diagnostic

d'un CIN1 imposera donc la mise en place d'un suivi régulier basé sur l'alternance cytologie-colposcopie.

À la différence des CIN1, les CIN2-3 indiquent classiquement la réalisation d'un traitement d'exérèse. Si l'efficacité des traitements d'exérèse, en particulier celle de la vaporisation au laser, n'est pas inférieure à celle des traitements destructeurs, ceux-ci sont habituellement préférés parce qu'ils permettent de disposer d'une analyse histologique finale et de ne pas méconnaître un éventuel cancer micro-infiltrant. À ce jour, les données dont nous disposons font préférer la pratique de la résection à l'anse au détriment de la conisation chirurgicale ou au laser (Tableau 1). La résection à l'anse est effectivement la seule technique qui soit à la fois simple, nécessitant un matériel peu coûteux, réalisable en ambulatoire, sous anesthésie locale, sous contrôle colposcopique direct permettant une résection de volume parfaitement adapté, généralement inférieur à celui obtenu par conisation. Si elle augmente le risque de complications obstétricales (accouchement prématuré, petit poids de naissance et rupture prématurée des membranes) [7], elle est le seul traitement d'exérèse qui n'augmente pas significativement la morbidité et la mortalité néonatales [6]. Enfin, en l'absence d'une cautérisation trop marquée de la tranche cervicale, elle permet de conserver la possibilité d'un suivi colposcopique ultérieur en limitant le risque de colposcopie insatisfaisante par sténose de l'orifice cervical ou par une jonction pavimento-cylindrique endocervicale de type 3.

4.2. Adapter les indications à chaque situation clinique

Afin d'évaluer le risque de méconnaître une lésion micro-invasive et de guider le clinicien dans sa prise en charge et dans le choix de la méthode thérapeutique (destruction ou exérèse), Mergui *et al.* ont récemment proposé d'utiliser les 5 critères ayant une influence significative sur ce risque : l'impression colposcopique, le type de jonction pavimento-cylindrique, l'étendue de la lésion associés à l'âge de la patiente et à la concordance des résultats cytologiques (FCU) et histologiques (biopsie cervicale) [41, 42]. Cette « méthode d'évaluation de risque et d'aide à la décision thérapeutique » est présentée dans le tableau 2. Elle consiste à attribuer 3 grades de sévérité croissante utilisant des codes de couleur universels (vert, orange et rouge) à chacun de ces 5 paramètres en fonction du risque de méconnaître une lésion micro-invasive sous-jacente (Tableau 2). Elle permettrait ainsi, si elle était validée par des études prospectives multicentriques, de

sélectionner simplement et de manière reproductible les patientes pour lesquelles une abstention thérapeutique avec surveillance est envisageable et celles qui nécessitent un traitement en permettant de choisir entre un traitement destructeur ou une exérèse.

Les 5 critères retenus se partagent entre 3 critères purement colposcopiques (qui permettent de mieux définir (ou décrire) une lésion malpighienne du col selon une classification GTQ (grade, type et quadrants) et 2 critères non colposcopiques : l'âge et le « résumé cyto-histologique ».

La présence d'un seul critère de grade 3 (code blanc) ou de deux critères de grade 2 (code gris) imposerait un traitement d'exérèse, a priori par résection à l'anse, permettant d'obtenir une analyse histologique de la pièce opératoire car dans cette situation le risque de méconnaître une micro-invasion nous a semblé plus élevé. Un

Tableau 2

Critère n° 1 - Sévérité de l'aspect colposcopique		
Grade 1	Grade 2	Grade 3
Critère n° 2 - Localisation de la zone de jonction		
Type 1	Type 2	Type 3
Critère n° 3 - Surface de la lésion		
Q 1	Q 2	Q 3 - 4
Critère n° 4 - Âge de la patiente		
20 - 30	31 - 39	> 40
Critère n° 5 - Résumé ou concordance cyto-histologique		
Lésion de bas grade	CIN2	Lésion de haut grade CIN3 ou discordance

traitement destructeur ou une simple surveillance ne pourrait (selon ce principe d'évaluation du risque) être envisagé que s'il n'existe qu'un seul critère de grade 2 (code gris) ou si les 5 critères sont de grade 1 (code noir).

La seule exception serait les CIN1 étendus sur 3 ou 4 quadrants chez une femme de moins de 30 ans pour laquelle l'abstention thérapeutique reste indiquée.

Bien que s'appuyant sur des données de la littérature, cette « méthode d'évaluation de risque et d'aide à la décision thérapeutique » n'a à ce jour pas encore été correctement et complètement évaluée,

mais nous est apparue comme la résultante logique de notre expérience personnelle. Il serait donc nécessaire de mettre en œuvre un large essai prospectif national afin de valider notre proposition.

5. CONCLUSION

Lorsque nous prenons en charge une lésion intraépithéliale du col de l'utérus, ce n'est pas un cancer que nous traitons, mais un risque pour une patiente de développer un jour un cancer. Confronté à une lésion intraépithéliale du col de l'utérus, le clinicien va avoir à choisir entre une abstention thérapeutique avec une surveillance simple et un traitement, qu'il soit destructeur ou d'exérèse. Parce que toutes ces techniques ont une efficacité comparable, le choix d'un type de traitement par rapport à un autre ne se fera donc pas sur des critères d'efficacité, mais en tenant compte d'autres arguments. Ainsi, ce choix sera dicté par la connaissance et la mise en balance d'une part des avantages, inconvénients et limites de chacune des techniques, d'autre part avec l'âge de la patiente, son désir de grossesse ainsi que la sévérité de la lésion cervicale, son potentiel évolutif naturel et **surtout le risque d'en avoir initialement sous-évalué la sévérité.**

L'utilisation d'une « méthode d'évaluation de risque et d'aide à la décision thérapeutique » reposant sur 3 critères colposcopiques : l'impression colposcopique, le type de jonction pavimento-cylindrique, l'étendue de la zone de transformation atypique et de deux critères complémentaires : l'âge de la patiente et la concordance des résultats cytologiques (frottis) et histologiques (biopsie cervicale), permettrait une évaluation simple et reproductible du risque de méconnaître une lésion cervicale invasive débutante, de guider le clinicien dans sa prise en charge et d'uniformiser les pratiques.

Bibliographie

- [1] Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009 Oct;45(15):2640-8.
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglia E, Benhamou E, Delafosse P *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2008 Jun;56(3):159-75.
- [3] Paraskevaidis E, Kyrgiou M, Martin-Hirsch P. Have we dismissed ablative treatment too soon in colposcopy practice? *Bjog* 2007 Jan;114(1):3-4.
- [4] Fuchs K, Weitzen S, Wu L, Phipps MG, Boardman LA. Management of cervical intraepithelial neoplasia 2 in adolescent and young women. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2007 Oct;20(5):269-74.
- [5] Castle PE, Schiffman M, Wheeler CM, Solomon D. Evidence for frequent regression of cervical intraepithelial neoplasia-grade 2. *Obstetrics and gynecology* 2009 Jan;113(1):18-25.
- [6] Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P *et al.* Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 2008;337:a1284.
- [7] Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006 Feb 11;367(9509):489-98.
- [8] Wright TC, Jr., Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma *in situ*. *Journal of lower genital tract disease* 2007 Oct;11(4):223-39.
- [9] Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* 1998 Apr;91(4):626-31.
- [10] Castle PE, Stoler MH, Solomon D, Schiffman M. The relationship of community biopsy-diagnosed cervical intraepithelial neoplasia grade 2 to the quality control pathology-reviewed diagnoses: an ALTS report. *American journal of clinical pathology* 2007 May;127(5):805-15.
- [11] Coupez F. *Initiation à la colposcopie*. Paris: Masson 1990.
- [12] Coupez F, Carrera JM, Dexeus S. *Traité et atlas de colposcopie*. Paris: Masson 1974.
- [13] Staffl A. New nomenclature for colposcopy. Report of the committee on terminology. *Obstetrics and gynecology* 1976 Jul;48(1):123-4.
- [14] Staffl A, Wilbanks GD. An international terminology of colposcopy: report of the Nomenclature Committee of the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstetrics and gynecology* 1991 Feb;77(2):313-4.
- [15] Di Paola GR. History of the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. 13th IFCPC World Conference. Auckland, New Zealand 2008.
- [16] Massad LS, Jeronimo J, Katki HA, Schiffman M. The accuracy of colposcopic grading for detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of lower genital tract disease* 2009 Jul;13(3):137-44.
- [17] Chase DM, Kalouyan M, DiSaia PJ. Colposcopy to evaluate abnormal cervical cytology in 2008. *American journal of obstetrics and gynecology* 2009 May;200(5):472-80.
- [18] Mousavi AS, Fakour F, Gilani MM, Behtash N, Ghaemmaghami F, Karimi Zarchi M. A prospective study to evaluate the correlation between Reid colposcopic index impression and biopsy histology. *Journal of lower genital tract disease* 2007 Jul;11(3):147-50.
- [19] Pretorius RG, Bao YP, Belinson JL, Burchette RJ, Smith JS, Qiao YL. Inappropriate gold standard bias in cervical cancer screening studies. *International journal of cancer* 2007 Nov 15;121(10):2218-24.
- [20] Pretorius RG, Peterson P, Azizi F, Burchette RJ. Subsequent risk and presentation of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 3 or cancer after a colposcopic diagnosis of CIN 1 or less. *American journal of obstetrics and gynecology* 2006 Nov;195(5):1260-5.

- [21] Wise J. Age for starting cervical cancer screening in England will not be lowered. *BMJ* (Clinical research ed.) 2009;338:b2583.
- [22] Jordan JA, Woodman CB, Mylotte MJ, Emens JM, Williams DR, MacAlary M *et al.* The treatment of cervical intraepithelial neoplasia by laser vaporization. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1985 Apr;92(4):394-8.
- [23] Hatch KD, Shingleton HM, Austin JM Jr, Soong SJ, Bradley DH. Cryosurgery of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and gynecology* 1981 Jun;57(6):692-8.
- [24] Popkin DR, Scali V, Ahmed MN. Cryosurgery for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *American journal of obstetrics and gynecology* 1978 Mar 1;130(5):551-4.
- [25] Tabor A, Berget A. Cold-knife and laser conization for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and gynecology* 1990 Oct;76(4):633-5.
- [26] Bostofte E, Berget A, Falck Larsen J, Hjortkjaer Pedersen P, Rank F. Conization by carbon dioxide laser or cold knife in the treatment of cervical intra-epithelial neoplasia. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 1986;65(3):199-202.
- [27] Paraskevaidis E, Koliopoulos G, Malamou-Mitsi V, Zikopoulos K, Paschopoulos M, Pappa L *et al.* Large loop excision of the transformation zone for treating cervical intraepithelial neoplasia: a 12-year experience. *Anticancer research* 2001 Jul-Aug;21(4B):3097-9.
- [28] Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchener H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane database of systematic reviews* (Online). 2000(2):CD001318.
- [29] Soutter WP, de Barros Lopes A, Fletcher A, Monaghan JM, Duncan ID, Paraskevaidis E *et al.* Invasive cervical cancer after conservative therapy for cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet* 1997 Apr 5;349(9057):978-80.
- [30] Lapaquette TK, Dinh TV, Hannigan EV, Doherty MG, Yandell RB, Buchanan VS. Management of patients with positive margins after cervical conization. *Obstetrics and gynecology* 1993 Sep;82(3):440-3.
- [31] Reich O, Lahousen M, Pickel H, Tamussino K, Winter R. Cervical intraepithelial neoplasia III: long-term follow-up after cold-knife conization with involved margins. *Obstetrics and gynecology* 2002 Feb;99(2):193-6.
- [32] Gonzalez DI, Jr., Zahn CM, Retzlaff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. *American journal of obstetrics and gynecology* 2001 Feb;184(3):315-21.
- [33] Ghaem-Maghani S, Sagi S, Majeed G, Soutter WP. Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis. *The Lancet oncology* 2007 Nov;8(11):985-93.
- [34] Mergui JL, Gondry J, Marchetta J, Bergeron C, de Reilhac P, Mousteou F *et al.* Charte de qualité en coloscopie et pathologie cervico-vaginale. In: CNGOF, editor. *Mises à jour en Gynécologie Médicale*. Paris: Vigot; 2009:579-85.
- [35] Sharp L, Cotton S, Cochran C, Gray N, Little J, Neal K *et al.* After-effects reported by women following colposcopy, cervical biopsies and LLETZ: results from the TOMBOLA trial. *Bjog* 2009 Oct;116(11):1506-14.
- [36] Boulanger JC, Dreyfus M, Leveque J, Schaal JP. Recommandations pour la pratique clinique ; prévention du cancer du col de l'utérus. In: CNGOF, editor. *Mises à jour en Gynécologie Obstétrique*. Paris: Vigot 2007:391-405.
- [37] Arbyn M, Sasieni P, Meijer CJ, Clavel C, Koliopoulos G, Dillner J. Chapter 9: Clinical applications of HPV testing: A summary of meta-analyses. *Vaccine* 2006 Aug 21;24(3):S78-89.
- [38] Mergui JL, Lévêque J. What kind of follow-up after surgical treatment for high-grade cervix lesion? *Gynécologie, obstétrique & fertilité* 2008 Apr;36(4):441-7.
- [39] Carcopino X, Akkawi R, Conroy R, Prendiville W. Specific timing for colposcopy: is it worthwhile? *Obstetrics and gynecology* 2008 Feb;111(2 Pt 1):373-7.
- [40] Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993 Apr;12(2):186-92.
- [41] Mergui JL, Marchetta J, Prendiville W, Gondry J, Carcopino X, Boubli L. *Colposcopic risk assessment method and management guide Eurogin*. Monaco; 2010.
- [42] Mergui JL, Marchetta J, Gondry J, Carcopino X, Boubli L. Faut-il modifier la classification colposcopique. In: CNGOF, editor. *Mises à jour en Gynécologie Médicale*. Paris: Vigot 2009:555-64.