

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

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

—

**Volume 2009
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Faut-il modifier la classification colposcopique ?

J.L. MERGUI ¹, J. MARCHETTA ², J. GONDRIY ³,
X. CARCOPINO ⁴, L. BOUBLI ⁴
(Paris, Angers, Amiens, Marseille)

Résumé

Afin de mieux cerner le potentiel évolutif d'une lésion, et ainsi de déterminer avec plus de sécurité le type de traitement, on pourrait proposer qu'une lésion cervicale soit définie par 5 critères : la sévérité des images colposcopiques (grade : G), le siège de la lésion (type : T), la surface de la lésion sur les 4 quadrants du col (quadrants : Q), l'âge de la patiente et enfin le niveau de lésion cyto-histologique. Chacun d'entre eux pourrait avoir 3 catégories de gravité progressive que l'on pourrait associer à une espèce de code couleur (plutôt rassurant = vert ; intermédiaire = orange, plutôt inquiétant = rouge). Le but de ces propositions de modification de la classification colposcopique est de faciliter le « grading » des lésions, et de déterminer les modalités du traitement pour une lésion ainsi mieux identifiée par ses 3 critères G.T.Q. et ses 2 critères personnels (âge et cyto-histologique).

Mots clés : colposcopie, nomenclature, CIN, traitement conservateur, conisation

- 1 - Hôpital Tenon - Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction - 4 rue de la Chine - 75020 Paris - E-mail : jlmergui@noos.fr
- 2 - CHU Angers - Service de gynécologie-obstétrique - 4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 09
- 3 - CHU Amiens - Service de gynécologie-obstétrique - Place Victor Pauchet - 80000 Amiens
- 4 - Hôpital Nord - Service de gynécologie-obstétrique - Chemin des Bourrely - 13915 Marseille cedex 20

La classification colposcopique initiée par Fernand Coupez et la SFCPCV (Société française de colposcopie et pathologie cervico-vaginale) dans les années 80 a été adoptée et aujourd'hui largement utilisée par la plupart des colposcopistes français, mais également du sud de l'Europe comme nos collègues italiens, espagnols et portugais.

Cette classification a pour elle : la simplicité, la reproductibilité et le fait qu'elle soit aujourd'hui parfaitement reconnue et employée dans la pratique quotidienne de la majorité des praticiens dans notre pays.

Au sein de la Fédération internationale de colposcopie (IFCPC) et dans les pays anglo-saxons, les choses en sont autrement depuis le congrès de Rome (en 1990) : l'utilisation d'une terminologie internationale dont le concept est un peu différent du système que nous utilisons en France. Cette terminologie semble plus en relation avec le pouvoir « évolutif » des lésions, basée sur une vision dynamique et progressive des complexes lésionnels, que sur la description plus statique des images réagissant à l'acide acétique.

De nombreuses autres tentatives de gradation des lésions par l'utilisation de scores avec addition de multiples critères d'appréciation comme le degré d'acidophilie, la régularité de la surface, la présence d'anomalies vasculaires, la congestion, les orifices glandulaires (cernés ou non) n'ont pas permis d'améliorer véritablement la spécificité de l'examen colposcopique qui reste indissociable du contrôle histologique dirigé (la ou les biopsies dirigées) ou global (résection de la totalité de la zone de transformation).

Avec le temps, l'amélioration des connaissances et le développement du rôle de l'HPV, la fonction de la colposcopie n'est plus l'appréciation seule de la gravité lésionnelle histologique (les études de corrélation colpo-histologiques montrent d'ailleurs la faible reproductibilité inter et intra-observateurs) mais devient plutôt le guide de la localisation lésionnelle et de la stratégie thérapeutique.

La colposcopie aura pour but de déterminer une cartographie lésionnelle (visualisations des limites internes (zone de jonction squamo-cylindrique) et externes, d'apprécier des gradients de gravité au sein des images vues afin de préciser le siège de la (ou des) biopsie(s) et de déterminer les modalités du traitement. C'est essentiellement à ce propos qu'il conviendrait de modifier la classification colposcopique pour adapter les décisions thérapeutiques aux réalités lésionnelles et mieux homogénéiser les prises en charge du traitement local. Les décisions de destructions sans contrôle histologique qui ont, semble-t-il, moins de retentissement sur la fonction cervicale qui pourraient retrouver des indications privilégiées et préserver l'avenir obstétrical des patientes.

RAPPEL DE LA CLASSIFICATION FRANÇAISE DE COLPOSCOPIE

La nomenclature des images colposcopiques s'entend après les trois temps de l'examen colposcopique, c'est-à-dire :

- l'examen sans préparation (afin de visualiser la congestion, les anomalies vasculaires et de coloration),
- l'examen après application d'acide acétique (afin de visualiser un épithélium dit « acidophile », c'est-à-dire riche en protéines, qui blanchira d'autant plus que la densité en protéines est importante),
- l'examen après application de Lugol qui déterminera les épithéliums pauvres en glycogène dont l'aspect ne « prendra » pas le Lugol (iode négative).

Après ces **trois** temps, on définira des complexes lésionnels permettant de classer les cols en :

1 - col normal : qui correspond schématiquement à 3 situations variables dans le temps :

- le col est recouvert d'un épithélium malpighien iode positif avec une jonction squamo-cylindrique à moins de 5 mm de l'orifice externe anatomique,
- ectropion : la zone de jonction est située à plus de 5 mm de l'orifice externe,
- la métaplasie normale : processus de ré-épithélialisation physiologique par remplacement de la muqueuse glandulaire ectopique par une muqueuse malpighienne en cours de maturation, processus centripète qui recouvre progressivement la zone d'ectopie cylindrique. Processus pouvant laisser derrière lui des séquelles glandulaires ouvertes ou fermées (ce sont les fameux kystes de Naboth) ;

2 - transformation atypique (TA) de grade 1 : qui correspond à une zone de ré-épithélialisation centripète (comme la métaplasie normale) mais dont l'épithélium dystrophique ne produit pas de glycogène. Cette zone apparaîtra comme : non congestive à l'examen sans préparation, faiblement acidophile avec des contours nets, sans orifices glandulaires en son sein et iode négative à contours nets après application de Lugol. Cette zone de TA grade 1 imite (en mineur) l'aspect colposcopique

des dysplasies ou CIN mais témoigne en fait d'une simple réparation purement dystrophique dont le potentiel évolutif néoplasique est identique à celui d'un col « normal » ;

3 - transformation atypique (TA) de grade 2 qui se définit : à l'examen sans préparation par la présence d'une zone congestive, puis d'une zone acidophile intense, à contours flous, avec présence d'orifices glandulaires et d'aspect iode négatif aux bords flous après application de Lugol. Ce complexe lésionnel présente une progression centrifuge, à la fois vers l'exocol et vers l'endocol témoignant de sa nature dysplasique. Cette TA grade 2 présente plusieurs stades de gravité croissante en fonction de l'association d'images de gravité (érosions vasculaires, exulcérations, végétations, nécrose...). On parlera de :

- TAG2 a en l'absence de signes majeurs,
- TAG2 b en présence de signes majeurs,
- TAG2 c lorsque l'aspect est évocateur d'un cancer invasif.

Pour chaque aspect colposcopique : normal, TAG1 ou TAG2, il sera précisé le niveau de la zone de jonction : vue ou non vue.

Lorsque la zone de jonction est non vue, l'examen colposcopique est réputé alors « non satisfaisant » car la limite interne (endocervicale de la lésion) n'est pas vue ou n'est pas accessible.

RAPPEL DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE

Celle-ci est essentiellement centrée sur l'examen sans préparation et après application d'acide acétique, le Lugol ne faisant pas partie intégrante et systématique de l'examen colposcopique (notamment chez les praticiens anglo-saxons).

Col normal : qui comprend tous les aspects du col normal à la française.

Transformation atypique : qui correspond à l'apparition d'une zone acidophile dans la zone de transformation (c'est-à-dire entre la zone de jonction originelle et la zone de jonction actuelle : secteur de réparation). Cette transformation atypique (TA) peut-être :

- mineure : les aspects de l'acidophilie sont peu importants, sans aucun signe péjoratif pouvant correspondre à des lésions essentiellement de CIN1 mais aussi incluent la transformation

- atypique de grade 1 considérée ici comme un aspect d'acidophilie mineure ;
- majeure : l'acidophilie étant ici plus marquée, avec des secteurs parfois péjoratifs pouvant correspondre à des lésions essentiellement de CIN2+.

À ces aspects lésionnels, la classification internationale depuis le congrès de Barcelone IFCPC 2002 sur la suggestion de Walter Prendiville détermine le niveau de la zone de jonction qui pourra être de 3 types (Schéma 1).

Localisation des lésions

- Type 1 : la zone de jonction squamo-cylindrique est visible sur l'exocol en totalité (dans cette situation la colposcopie est totalement fiable puisque la lésion est partout accessible à l'examen colposcopique).
- Type 2 : la zone de jonction squamo-cylindrique n'est pas visible sur l'exocol en totalité, mais peut être visualisée en éversant les berges des 2 lèvres du col, sur les premiers millimètres de l'endocol (la limite endocervicale de la lésion est connue bien qu'endocervicale).
- Type 3 : la zone de jonction squamo-cylindrique n'est pas visible sur l'exocol, la limite supérieure de la lésion dans l'endocol n'est pas accessible et n'est donc pas connue.

DISCUSSION

La classification internationale diffère de la classification française, par la séparation plus simple entre 2 grades de lésions de sévérité (supposée) croissante : les lésions acidophiles (transformation atypique ou TA) mineures ou majeures.

Bien qu'il n'existe pas de corrélation histologique précise de cette classification, on note un souhait de grader la sévérité de l'aspect colposcopique des lésions visualisées et de faire disparaître la TA grade I qui ne correspond, en fait, pas à une lésion évolutive mais qui peut ressembler ou « mimer » une éventuelle lésion cervicale, en raison de l'acidophilie de ce type d'épithélium (classée désormais parmi les TA mineures).

D'autre part, il existe une volonté de localiser les lésions précisément dans l'endocol afin de déterminer (avec reproductibilité) le siège des lésions et de comparer ainsi l'efficacité des thérapeutiques appliquées pour des lésions de localisation identique.

Ainsi, on ne traitera pas par le même « volume » de conisation les lésions de type 2 ou de type 3 (profondément endocervicales).

Ces 2 classifications ne s'opposent pas mais se complètent, néanmoins pour plus de clarté, il conviendrait de tenter de les unifier, dans le but d'harmoniser la stratégie thérapeutique.

PROPOSITIONS DE MODIFICATION DE LA CLASSIFICATION FRANÇAISE

Afin de mieux cerner le potentiel évolutif d'une lésion et ainsi de déterminer avec plus de sécurité le type de traitement, on pourrait proposer qu'une lésion cervicale soit définie par 5 critères (Tableau 1).

Le grade colposcopique, le siège de la lésion, la surface de la lésion sur les 4 quadrants du col, l'âge de la patiente et enfin le niveau de lésion cyto-histologique. Chacun d'entre eux pourrait avoir 3 catégories de gravité progressive que l'on pourrait associer à une espèce de code couleur (plutôt rassurant = vert, intermédiaire = orange, plutôt inquiétant = rouge).

Tableau 1 - Critères

	code vert	code orange	code rouge
Grade colpo	Grade 1	Grade 2	Grade 3
Siège lésion	Type 1	Type 2	Type 3
Surface lésion	Q1	Q2	Q3-Q4
Âge patiente	20 à 30 ans	31 à 39 ans	> 40 ans
Grade cyto-histologique	Bas grade	CIN2	CIN3 ou discordance

Critère 1 : le grade de la lésion

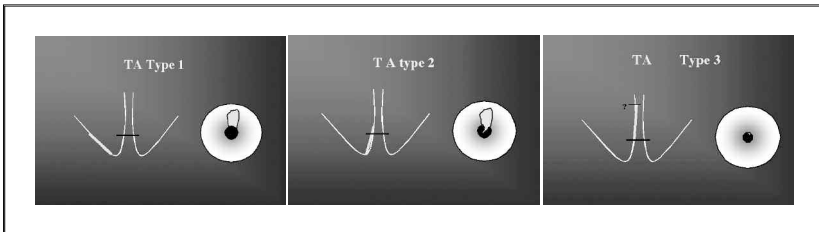
On pourrait ainsi proposer de classer les lésions en 3 grades colposcopiques de gravité croissante qui auraient l'avantage de la simplicité :

- TA mineure (avec une acidophilie peu marquée, sans aucun signe de gravité) de **grade 1** : *code vert*
- TA majeure (avec des aspects d'acidophilie marquée, des signes éventuels de gravité (comme les orifices glandulaires) mais sans aspects évocateurs de cancer invasif) de **grade 2** : *code orange*
- suspicion de cancer invasif ou micro-invasif (vaisseaux atypiques, exulcérations, nécrose, proliférations irrégulières exophytiques...) de **grade 3** : *code rouge*

Critère 2 : le siège de la lésion qui pourrait être de (Schéma 1)

- type 1 : jonction squamo-cylindrique (SC) exocervicale : *code vert*
- type 2 : jonction SC endocervicale mais vue : *code orange*
- type 3 : jonction SC non vue : *code rouge*

Schéma 1 - Siège de lésions

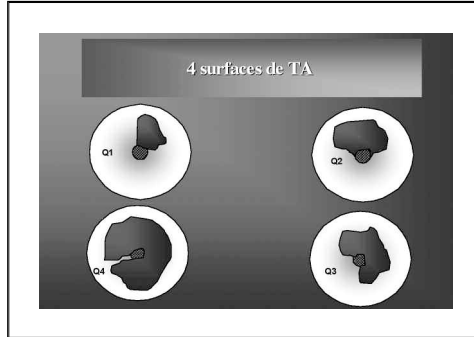


Critère 3 : la surface de la lésion (Schéma 2)

Le risque histologique de retrouver sur une pièce de conisation une lésion de CIN2+ et notamment de lésion de CIN3+ (c'est-à-dire de lésions micro-invasives) semble proportionnel à la surface de la lésion, on n'appréhendera donc pas une lésion cervicale de la même manière selon qu'elle soit étendue à un ou aux quatre quadrants du col. On pourrait ainsi proposer de classer la surface de la lésion en :

- Q1 un quadrant du col : *code vert*
- Q2 deux quadrants du col : *code orange*
- Q3-Q4 trois ou quatre quadrants : *code rouge*

Schéma 2 - Surfaces

***Critère 4 : l'âge de la patiente***

Comme pour la surface de la lésion, le risque histologique, notamment de lésion micro-invasive ou invasive, est d'autant plus important que l'âge de la patiente est plus avancé ; d'autre part le risque obstétrical diminue avec la progression de l'âge qui peut influencer négativement la fertilité. Ainsi l'on pourrait classer les situations en 3 catégories :

- âge compris entre 20 et 30 : *code vert*
- âge compris entre 31 et 39 : *code orange*
- âge supérieur à 40 ans : *code rouge*

Critère 5 : le statut cyto-histologique

Afin d'homogénéiser les prises en charge, l'on pourrait (afin de regrouper en classe de risque variable) regrouper les lésions en 3 catégories :

- catégorie 1 : les résultats cyto-histologiques évoquent une lésion de bas grade : *code vert*
- catégorie 2 : les résultats cyto-histologiques évoquent une lésion de CIN2 : *code orange*
- catégorie 3 : les résultats cyto-histologiques évoquent une lésion de CIN3 ou il existe une discordance cyto-histologique pouvant évoquer une lésion de haut grade : *code rouge*

Ainsi, toute lésion découverte à l'occasion d'un bilan colposcopique pourrait avoir une classification en **5 critères possédant chacun 3 grades**. Le but de cette classification n'est pas d'alourdir le bilan colposcopique mais de déterminer des **classes de**

risque de sous-évaluation d'une éventuelle lésion micro-invasive sous-jacente dont le bilan histologique global (résection) est le seul garant de la nature réelle de la lésion.

Au terme de cette classification, la présence d'un seul critère de grade 3 (code rouge) ou la présence de 2 critères de grade intermédiaire (code orange) permettrait d'exclure la possibilité d'un traitement destructeur (laser, électrocoagulation, cryothérapie...) au bénéfice d'un traitement d'exérèse. Exception faite peut-être pour les patientes les plus jeunes porteuses d'une lésion de CIN1 étendue aux 4 quadrants qui ne présenteraient aucun aspect de grade 2 (TA majeure) au sein de la zone de transformation et pour lesquelles, après une période d'abstention thérapeutique d'au moins 18 mois, on pourrait concevoir une éventuelle destruction.

Les 3 premiers critères (grade colpo, siège lésion, surface) sont des critères colposcopiques diagnostiques : ils seraient déterminants pour la description d'une lésion du col et devraient figurer sur le schéma colposcopique afin de pouvoir mieux définir (et ainsi comparer) une lésion ; les 2 derniers (âge patiente et résumé cyto-histologique) sont des critères de décision thérapeutique et peuvent être indépendants des premiers.

Il est bien évident que cette classification modifiée ne concerne que les lésions malpighiennes du col utérin (en sont exclues les lésions vaginales et glandulaires).

Une lésion malpighienne serait ainsi définie par son **grade**, sa **surface** et son **siège** : grade 1, 2 ou 3 ; Type 1, 2 ou 3 ; Q1, 2 ou 3-4 (G.T.Q.).

CONCLUSION

Le but de ces propositions de modification de la classification colposcopique est de faciliter le « grading » des lésions afin de tenter de déterminer une cartographie lésionnelle (visualisation des limites internes (zone de jonction squamo-cylindrique) et externes), apprécier des gradients de gravité au sein des images vues afin de préciser le siège de la (ou des) biopsie(s) dirigée(s) et de déterminer les modalités du traitement pour une lésion ainsi mieux identifiée par ses 3 critères G.T.Q.

C'est d'ailleurs essentiellement à ce propos qu'il conviendrait de modifier la classification colposcopique afin d'adapter les décisions

thérapeutiques aux réalités lésionnelles ainsi mieux homogénéisées. Pouvoir comparer de manière descriptive les lésions du col utérin (G.T.Q.) aura comme finalité d'améliorer les prises en charge du traitement local, notamment pour les décisions de destructions sans contrôle histologique et de comparer les résultats en termes de fertilité et d'efficacité dans les situations où l'on aura pratiqué une résection.