

Programme et abstracts

40^e

➤ 13 et 14 janvier 2017

Congrès National de la SFCPCV



**Prise en charge du frottis anormal :
nouvelles recommandations nationales
Indications et méthodes thérapeutiques
session DPC**



**+ Soirée de Gala au Pavillon Wagram
"40 ans de la SFCPCV"
Vendredi 13 janvier**

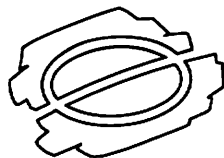
**Centre International de Conférence
Faculté de Jussieu - UPMC
4, place Jussieu
75005 Paris**

SFCPCV

**Société Française de Colposcopie
et de Pathologie Cervico-Vaginale**

www.societe-colposcopie.com

40^e Congrès National de la SFPCPV



►► LIVRET DE COMMUNICATIONS

PROGRAMME COMPLET	2
ABSTRACTS DES COMMUNICATIONS	
- Conduite à tenir initiale devant un frottis ASCUS ou de bas grade <i>Christine Bergeron</i> ...	4
- Indications de la Colposcopie devant un Frottis cytologique de type ASCUSet devant un frottis évocateur d'une lésion de bas grade <i>J.-L. Mergui</i>	7
- Prise en charge initiale des frottis ASC-H et des frottis de haut grade <i>J. Rimailho</i>	12
- Conduite à tenir devant un frottis AGC <i>X. Carcopino</i>	14
- Frottis anormaux et grossesse <i>O. Graesselin</i>	16
- Prise en charge des lésion histologiques malpighiennes intra-épithéliales de bas grade <i>Isabelle Cartier</i>	17
- Gestion pratique de l'abstention thérapeutique <i>B. Huynh</i>	19
- Prise en charge des lésions histologiques de haut grade <i>Pr J.-L. Brun</i>	20
- Le traitement conservateur des adénocarcinomes in situ du col utérin <i>J. Levêque</i>	22
COMMUNICATIONS LIBRES	
- Le classement des adénocarcinomes mucineux <i>Lucie Bonin</i>	24
- Evaluation des performances diagnostiques de la composcopie en fonction du niveau d'expertise et de l'adhésion à la charte de qualité <i>Claire Camus</i>	25
- Evaluation de la satisfaction des patientes après conisation en consultation sous anesthésie locale <i>Julie Cattin</i>	26
- Conisations chez les patientes de moins de 25 ans au CHRU de Lille : étaient elle vraiment justifiées ? <i>Caroline Kowalski</i>	27
- Impact de l'utilisation du Zedscan pour le diagnostic des lésions de haut grade <i>C. Muszynski</i>	28
- Nouvelle stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus faisant appel à la détection du Papillomavirus dans les urines prélevées à domicile chez 15 260 femmes non-participantes au dépistage par frottis et suivi à 5 ans. Etude PapU29. <i>C. Payan</i> ..	30
POSTERS	
- Impact of age at conization on obstetrical outcome: a case-control study <i>J. Chevreau</i> ..	31
- Impact psychologique de l'annonce d'un portage HPV dans un dépistage primaire <i>L. Duminił</i>	32
- La cryothérapie : Méthode de choix dans la prise en charge des ectopies cervicales symptomatiques <i>M. Lallemand</i>	33
- Comparaison de deux stratégies d'invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus avec ou sans implication du médecin traitant chez les femmes de 50 à 65 ans dans le Bas-Rhin : Essai contrôlé randomisé <i>L. Lecointre</i>	34
- Comparaison des tests Xpert® HPV et HCII pour les frottis BD-SurePath® dans le triage des frottis ASCUS <i>P. Le van Quyen</i>	35
- L'association entre les lésions gynécologiques HPV-induites et les cancers ano-rectaux doit-elle nous faire changer nos pratiques? (Réflexion à partir de cas cliniques) <i>C. Porté</i>	36



VENDREDI 13 JANVIER 2017

8h30 Accueil des participants



PRISE EN CHARGE DU FROTTIS ANORMAL

1^{ÈRE} SÉANCE *Président : J. Rimailho • Modérateur : Hélène Borne*

9h Pourquoi de nouvelles recommandations ?

JL. Mergui, Christine Bergeron, Béatrix Cochand Priollet et Véronique Dalstein

9h05 Méthodologie de la recommandation *Sophie Morois - INCA*

9h15 Critères de qualité : Colposcope, cytologie et test HPV

JL. Mergui, Béatrix Cochand Priollet et Véronique Dalstein

9h30 Conduite à tenir initiale devant un frottis ASCUS ou de bas grade

Christine Bergeron

9h50 Prise en charge colposcopique des frottis ASCUS et de bas grade *JL. Mergui*

10h10 Discussion et questions

10h30 Pause / Visite des stands

2^{ÈME} SÉANCE *Président : J. Monsonogo • Modérateur : O. Aynaud*

11h Conduite à tenir devant un frottis ASC-H et un frottis de haut grade *J. Rimailho*

11h15 Discussion et questions

11h30 Conduite à tenir devant un frottis AGC *X. Carcopino*

11h45 Discussion et questions

12h30 Déjeuner



AUTOUR DE LA FEMME ENCEINTE

Président : JJ. Baldauf • Modérateur : Pia de Reilhac

14h00 Conduite à tenir devant un frottis anormal pendant la grossesse *O. Graesselin*

14h15 Discussion et questions

14h30 La colposcopie de la femme enceinte *J. Marchetta et J. Gondry*

15h15 *Communications libres* (trois communications) • *Modérateur : S. Douvier*

16h00 Pause

Session clinique interactive • Modérateurs : J. Rimailho et Katty Ardaens

16h30 Cas cliniques et mur d'images

17h30 La parole est à la salle : posez vos questions aux experts.

JL. Mergui, J. Gondry, Christine Bergeron et X. Carcopino

SAMEDI 14 JANVIER 2017

8h30 Assemblée générale de la SFCCPV (réservée aux membres)



SESSION DPC

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN PATHOLOGIE CERVICALE

1^{ÈRE} SÉANCE

Président : J. Marchetta • Modérateur : P. Raulic

9h00 Prise en charge des lésions histologiques de bas grade *Isabelle Cartier*

9h15 Gestion pratique de l'abstention thérapeutique *B. Huynh*

9h30 Discussion et questions

9h45 *Communications libres* (trois communications) • *Modérateur : S. Douvier*

10h30 Pause / Visite des stands

2^{ÈME} SÉANCE

Président : S. Douvier • Modérateur : Katty Ardaens

11h00 Prise en charge des lésions histologiques de haut grade *JL. Brun*

11h15 Prise en charge de l'adénocarcinome in situ du col utérin *J. Levêque*

11h30 Discussion et questions

11h45 Ce qu'il faut retenir ; les points clés du congrès *JL. Mergui*

12h00 Remise du prix de la meilleure communication libre *S. Douvier*

12h30 Clôture du congrès

CONDUITE À TENIR INITIALE DEVANT UN FROTTIS ASCUS OU DE BAS GRADE

Christine Bergeron

Laboratoire Cerba, 95066 Cergy Pontoise Cedex 9

L'infection de l'épithélium malpighien du col utérin par un papillomavirus humain (HPV) à haut risque est le plus souvent latente et ne produit pas de modifications morphologiques. Par contre, les autres phases des infections à HPV sont associées avec l'expression spécifique des gènes viraux : l'infection productive correspond à l'expression des gènes tardifs (L1 et L2) permettant la construction des virions ; l'infection transformante est caractérisée par l'expression des gènes précoces E6 et E7 dans les couches basales. La p16 est un biomarqueur moléculaire qui témoigne de l'expression du gène E7 au cours d'une infection par un HPV à haut risque.

L'expression des gènes viraux du papillomavirus humain (HPV) dans l'épithélium malpighien du col utérin est régulée par la différenciation de l'épithélium. L'infection productive est caractérisée par la présence de koilocytes dans les cellules superficielles et intermédiaires et sa traduction cytologique est la « lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade » (LSIL), selon le Système de Bethesda. Cette infection productive est fréquente chez les femmes jeunes et régresse le plus souvent spontanément. L'infection transformante peut se produire après ou de manière concomitante à une infection productive et siège dans les couches basales. L'expression des gènes E6 et E7 dans les couches basales conduisent à des anomalies marquées des cellules basales de l'épithélium malpighien définissant la « lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade » (HSIL) selon le Système de Bethesda.

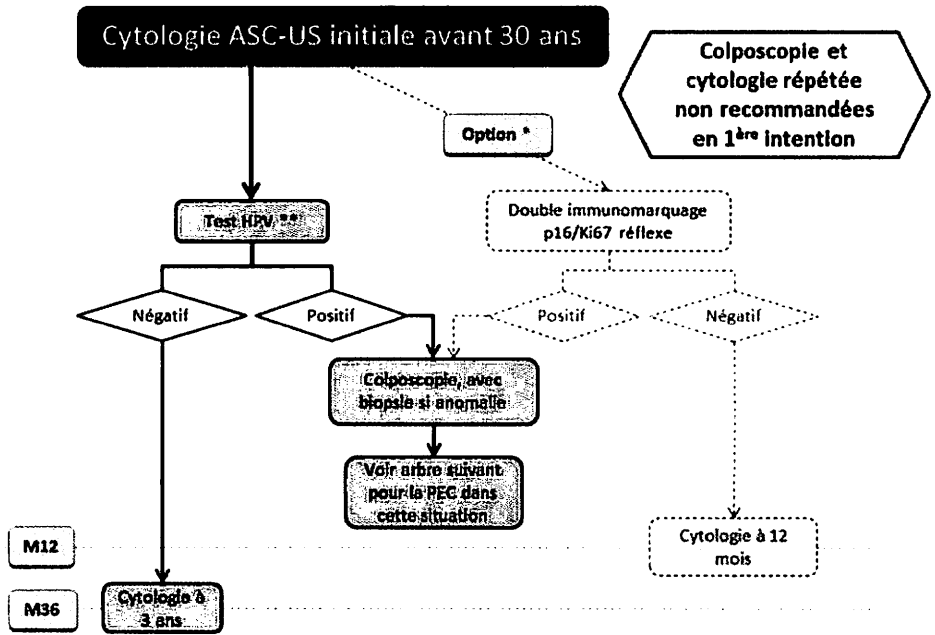
La détection de la p16 par immunocytochimie sur des frottis prélevés en milieu liquide est possible. On peut observer l'expression isolée de la p16 dans des cellules malpighiennes basales anormales mais aussi dans quelques cellules atrophiques ou des cellules cylindriques normales. La détection de la p16 associée au Ki67 (p16/ki67) permet d'augmenter la spécificité en évitant ces faux positifs. Ce double marquage p16/ki67 a une sensibilité comparable à celle du test HPV pour diagnostiquer un CIN 2+ mais une meilleure spécificité (1,2).

Les nouvelles recommandations de l'Inca 2016 dans la conduite à tenir initiale devant un diagnostic cytologique de type ASC-US et LSIL ont pris en compte cette nouvelle approche mais surtout proposé une approche initiale plus simple (3). En cas de frottis ASC-US, le test HPV est recommandé quel soit l'âge de la patiente (figure 1 et figure 2). La colposcopie et le frottis de suivi ne sont plus recommandés en première intention. Un test positif implique une colposcopie ; après un test négatif, un frottis est proposé 3 ans plus tard. En cas de frottis LSIL, La colposcopie est recommandée en première intention (figure 3). Le frottis de suivi n'est plus recommandé en première intention. Le double marquage p16/ki67 est proposée en option après un frottis ASC-US avant 30 ans (figure 1) et après un frottis LSIL quel soit l'âge (figure 3). Il doit être fait sur le milieu résiduel d'un frottis en milieu liquide. Un marquage positif conduit à une colposcopie. Un suivi par frottis un an plus tard est proposé en cas de marquage négatif.

Bibliographie

1. Schmidt D, Bergeron C, Denton K, Ridder R. p16/Ki-67 Dual-stained cytology in the triage of ASC-US and LSIL Pap cytology: Results from the European Equivocal or Mildly Abnormal Pap Cytology Study (EEMAPS). *Cancer Cytopathol* 2011; 119:158–66.
2. Bergeron C, Ikenberg H, Sideri M et al. Prospective evaluation of p16/Ki-67 dual-stained cytology for managing women with abnormal Papanicolaou cytology: PALMS study results. *Cancer Cytopathol*. 2015; 123:373-38.
3. Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale . Inca 2016

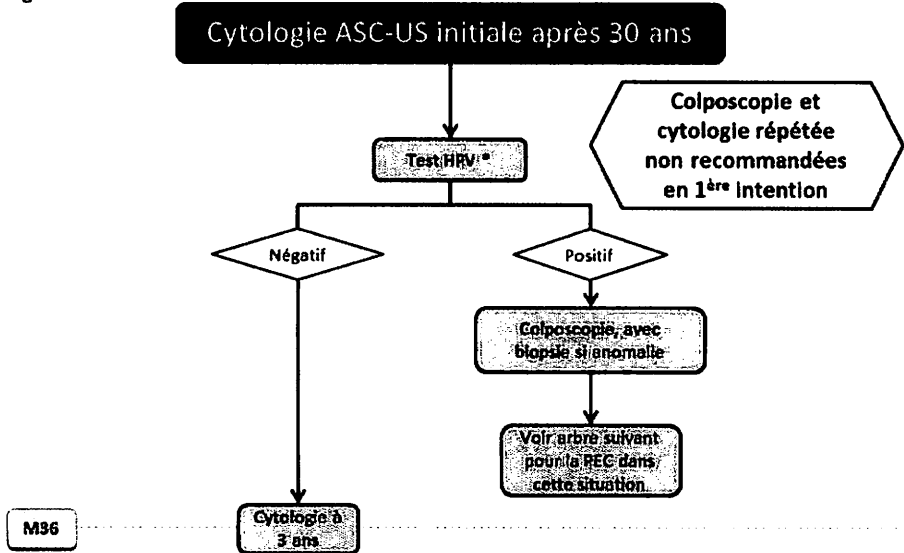
figure 1



*: possible uniquement si frottis initial en milieu liquide

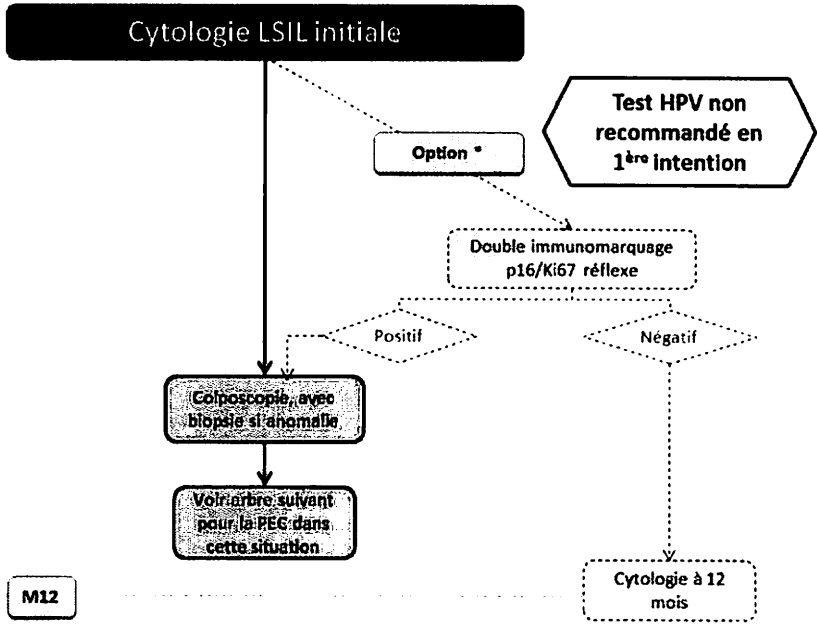
** : par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame

figure 2



*: par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame

figure 3



*: possible uniquement si frottis initial en milieu liquide

INDICATIONS DE LA COLPOSCOPIE DEVANT UN FROTTIS CYTOLOGIQUE DE TYPE ASCUS ET DEVANT UN FROTTIS ÉVOCATEUR D'UNE LÉSION DE BAS GRADE

J.-L. Mergui

*Service de chirurgie gynécologique - Hôpital Pitié-Salpêtrière
Boulevard de l'hôpital 75013 Paris*

Le dépistage du cancer du col et sa prévention restent pour l'instant centrés en France sur le dépistage cytologique. A l'issue de ces frottis le résultat du test qu'il soit réalisé en milieu liquidien (dit en couche mince) ou par étalement sur lame (dit conventionnel) doit être rendu en utilisant la classification du système de Bethesda. Les deux catégories d'anomalies les plus fréquemment retrouvées seront les anomalies de type ASCUS (prés de 2 à 4% des frottis) et les anomalies cytologiques de bas grade (1 à 2% des frottis) anomalies cytologiques qui correspondent à la présence d'atypies cellulaires modérées affectant essentiellement les couches superficielles de l'épithélium correspondant dans l'immense majorité des cas à la présence sur le col des patientes de lésions histologiques bénignes ou de bas grade (dites productives d'HPV).

Mais pour 5 à 10% des Frottis ASCUS et pour 10 à 25% des Frottis bas grade, le col est en fait porteur de lésions histologiques de haut grade sous évaluées par la cytologie initiale de dépistage. Ces lésions méritent d'être retrouvées, d'où la nécessité (de triage) ou de sélection de ces patientes par des explorations complémentaires visant à mieux sélectionner les patientes à risque d'avoir une lésion de haut grade dite transformante.

En 2002, des recommandations sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale avaient été élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Depuis, l'évolution des pratiques a été marquée notamment par la mise en place de la vaccination anti-HPV (Human Papillomavirus), dont le Plan cancer 2014-2019 souhaite porter l'amélioration du taux de couverture mais pour l'instant -malheureusement- en France assez peu diffusée pour être réellement efficace en terme de population.

D'autre part, de nouveaux systèmes de détection des HPV ont été développés et sont dorénavant disponibles (tests de détection, de génotypage et tests d'hybridation en milieu liquide), et le double immuno-marquage p16^{INK4A}/Ki67 a été testé dans quelques études.

Ces tests pourraient permettre de trier, parmi les femmes présentant une cytologie anormale, celles présentant un risque de lésion cancéreuse et qui nécessitent des examens plus poussés de celles ne nécessitant qu'un suivi.

Par ailleurs les données publiées depuis 2002 permettent également d'avoir un meilleur recul sur les différentes stratégies de surveillance, une meilleure connaissance de l'efficacité des différentes approches diagnostiques ou thérapeutiques disponibles et une meilleure évaluation de la morbidité notamment obstétricale des différents traitements.

Le texte de cette présentation est donc le reflet du travail de synthèse des experts réunis par l'INCa au cours de l'année 2015-2016 visant à rédiger des recommandations afin d'aider les cliniciens à améliorer leur prise en charge des frottis cytologiques anormaux.

Conduite à tenir devant un Frottis de type ASCUS:

En cas de cytologie ASC-US, contrairement aux recommandations de 2002, la colposcopie et la cytologie répétée ne sont pas recommandées en première intention car la spécificité de la colposcopie est plus faible responsable de biopsies parfois inutiles et la sensibilité de la cytologie également d'où le risque en cas de cytologie de contrôle négative, de laisser échapper une patiente à plus haut risque.

- En revanche **une recherche d'HPV à haut risque (HPV hr) est recommandée :**

- Soit par un test HPV réflexe (à partir du frottis initial) si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide,
- Soit, à l'aide d'un second prélèvement en milieu dédié, si le frottis initial était sur lame. Dans ce cas, la répétition de l'examen cytologique n'est pas nécessaire. Il est possible d'éviter une 2ème consultation en prescrivant le test HPV à réaliser dans un laboratoire de biologie médicale.

- **Une seconde option est proposée pour les femmes de moins de 30 ans, si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide, un double immuno-marquage p16^{INK4A}/Ki67 réflexe peut être proposé à la place du test HPV (figure 1) car dans cette situation (femmes de moins de 30 ans) la prévalence des HPV hr est assez élevée avec le risque de reconvoquer un grand nombre de patientes avec une spécificité du test médiocre, le double marquage présente l'avantage d'avoir une sensibilité équivalente mais une spécificité bien meilleure.**

A l'issue de ces premiers examens de triage, la conduite à tenir recommandée est la suivante (figure 2):

- Si le résultat du test HPV est négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans car la valeur prédictive négative du test est élevée et semble "protéger" les patientes d'un risque de présenter une lésion de haut grade pendant 3 à 5 ans ;
- Si le résultat du double immuno-marquage est négatif, une cytologie est recommandée à 12 mois ;
- **Si le résultat du test HPV ou du double immuno-marquage est positif, une colposcopie est dès lors recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie colposcopique est identifiée.** Les problèmes seront donc posés dans cette situation devant l'interprétation de la colposcopie d'où la nécessité de normes de qualité de l'examen colposcopique tels que définis par la "charte de qualité" (mis en place et validés par les 4 sociétés savantes de gynécologie, par le CNPGO et plus récemment par l'INCa).(figure 3) :

- Si la colposcopie est satisfaisante (ZT1 (jonction squamo-cylindrique vue à l'orifice externe ou ZT2 jonction vue dans l'endocol)) et normale, un contrôle par un test HPV **OU** une cytologie est recommandé(e) après 12 mois

- Si ce test HPV est négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans ;
- Si cette cytologie de contrôle est normale, une nouvelle cytologie est recommandée à 12 mois ;
- Si ce test HPV est positif ou si cette cytologie est anormale, une nouvelle colposcopie est recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie est identifiée.

- Si une lésion histologique est identifiée sur la biopsie, la patiente sera prise en charge selon les recommandations en vigueur pour le type de lésion histologique diagnostiquée

- Si la colposcopie est non satisfaisante (ZT3 jonction non vue), un contrôle colposcopique après préparation et/ou un curetage de l'endocol (en dehors de la grossesse) doivent être proposés. Une conisation diagnostique de première intention n'est pas recommandée.

Conduite à tenir devant un Frottis de type Bas Grade (LSIL):

En cas de cytologie LSIL, le test HPV n'est pas recommandé en première intention (car la prévalence des HPVhr dans cette situation est très élevée et donc l'effet de triage inefficent).

Il est recommandé de réaliser une colposcopie en première intention (figure 4) .

Si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide, un double immuno-marquage p16^{INK4A}/Ki67 réflexe peut être proposé en triage. la sensibilité du double marquage dans cette situation varie entre 85,7% à 94,2%, tandis que celle du test HPV est supérieure entre 98% et 96,4% mais la spécificité du double marquage est bien supérieure 53 à 68% tandis que celle du Test HPV est de 15 à 19%

En cas d'impossibilité de réaliser une colposcopie ou un double immuno-marquage, une cyto- logie peut être proposée à 12 mois, avec un nouveau contrôle à 24 mois si celle ci est négative.

Dès la 2^{ème} anomalie à la cytologie, la colposcopie devient indispensable.

*** L'exploration des patientes porteuses de frottis LSIL est donc centrée essentiellement sur l'examen colposcopique**, les problèmes seront donc posés devant l'interprétation de la colposcopie d'où la nécessité de normes de qualité de l'examen colposcopique tels que définis par la "charte de qualité" (mis en place et validés par les 4 sociétés savantes de gynécologie, par le CNPGO et plus récemment par l'INCa). Une colposcopie normale ou non satisfaisante Compte tenu du peu de données disponibles dans la littérature, les recommandations qui suivent s'appuient essentiellement sur l'avis des experts (figure 5).

- Après une cytologie LSIL suivie d'une colposcopie satisfaisante (ZT1 jonction squamo-cylindrique vue à l'orifice externe ou ZT2 jonction vue dans l'endocol) et normale, un test HPV OU une cytologie est recommandé(e) à 12 mois :

- Si le test HPV est négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans ;
- Si la cytologie est normale, une nouvelle cytologie est recommandée à 12 mois ;
- Si le test HPV est positif ou si la cytologie est anormale, une nouvelle colposcopie est recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie est identifiée.

- Après une cytologie LSIL suivie d'une colposcopie non satisfaisante (ZT3 jonction non vue), un contrôle colposcopique après préparation et/ou un curetage de l'endocol (en dehors de la grossesse) peuvent être proposés. Une conisation diagnostique de première intention n'est pas recommandée.

*** Si un double immuno-marquage a été réalisé :**

- Si le résultat est négatif, une cytologie est recommandée à 12 mois,
- Si le résultat est positif, une colposcopie est recommandée. La conduite à tenir sera alors similaire à celle préconisée en cas de colposcopie d'emblée.

figure 1 : CAT devant un FCU de dépistage de type ASCUS avant 30 ans (voir page 5)

figure 2 : CAT devant un FCU de dépistage de type ASCUS après 30 ans (voir page 5)

figure 3 : CAT devant un FCU de dépistage de type ASCUS et un premier triage positif

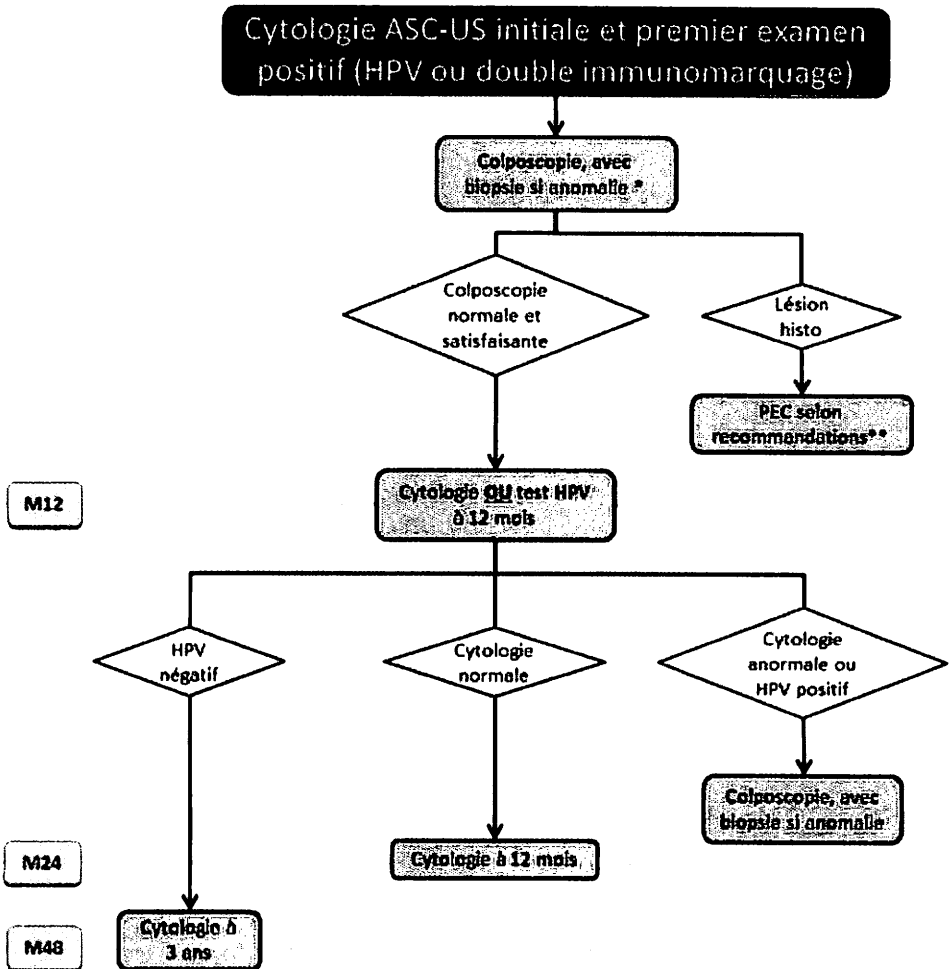
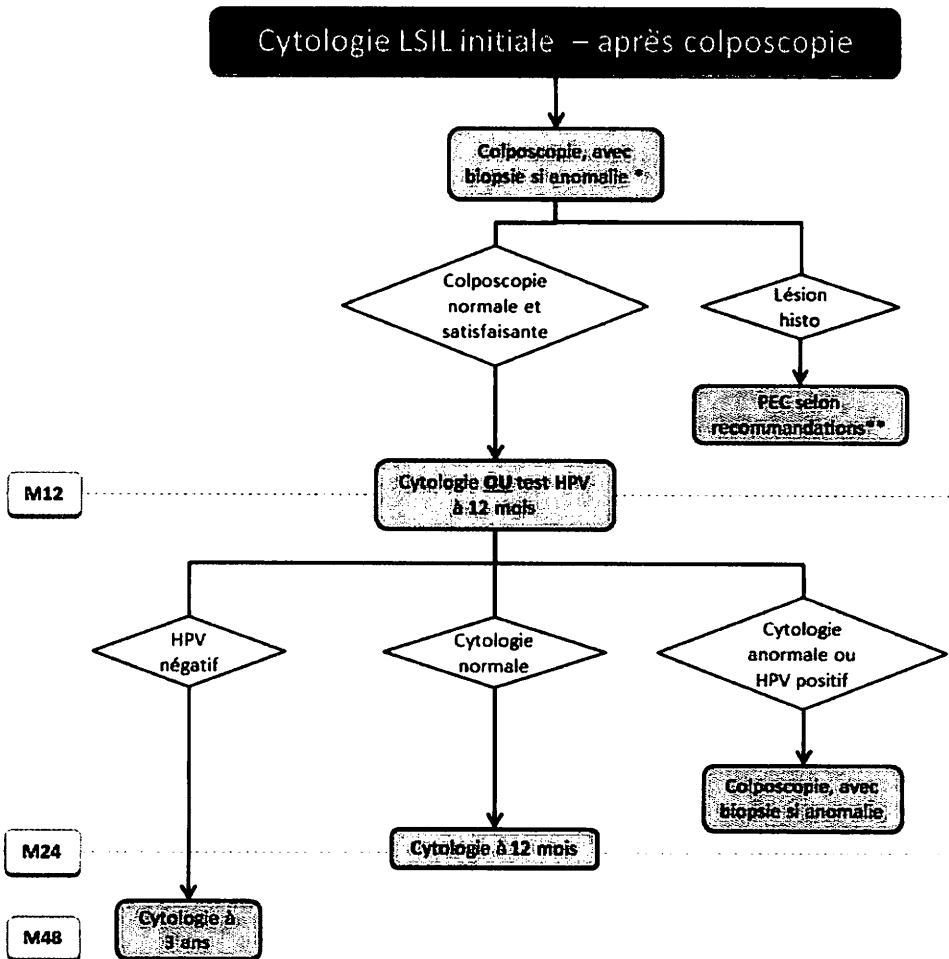


figure 4 : CAT devant un FCU de dépistage de type lésion intra épithéliale de bas grade (voir page 6)

figure 5 : CAT colposcopique devant un FCU de dépistage de bas grade



PRISE EN CHARGE INITIALE DES FROTTIS ASC-H ET DES FROTTIS DE HAUT GRADE

J. Rimailho

*CHU de Toulouse, Hôpital de Rangueil,
Service de Chirurgie Générale et Gynécologique*

La cytologie de dépistage du cancer du col utérin a d'autant plus de spécificité dans la détection des états précancéreux, que les anomalies cytologiques sont marquées. La réalisation d'une colposcopie de première intention est recommandée [1] pour la prise en charge des patientes présentant un frottis évoquant une lésion intra-épithéliale de haut grade (LIEHG), ou pouvant en évoquer une (ASC-H). Lorsque qu'aucune lésion n'est mise en évidence et que la colposcopie est considérée comme normale ou non contributive, la discordance impose une remise en cause de tous les éléments de la chaîne de diagnostic, dont la répétition est nécessaire.

1- Incidence des cytologies HSIL et ASC-H

Les anomalies cytologiques découvertes lors du dépistage du cancer du col utérin sont classées selon le système de Bethesda de 2001. En Ile de France, les frottis anormaux représentent 3% des frottis [2] dont 43,4% d'ASC-US, 37,1% de LSIL, 9,8% d'HSIL, 3,1% d'ASC-H et 5,2% d'AGC. Rapporté au nombre total de frottis, l'incidence des HSIL varie de 0,18% à 1,3%, alors que celle des ASC-H varie de 0,06% à 1,23% [3].

2- Incidence des lésions histologiques HSIL après une cytologie HSIL et ASC-H ?

Après un frottis HSIL, le taux attendu de lésions histologiques du même degré, est d'environ 90% [4] traduisant l'excellente spécificité de la cytologie dans ce type de lésion, alors que la sensibilité est moindre. Après un frottis Asc-H, ce taux de détection, varie de 40% [5] à 80 % [6].

3- Place de la colposcopie après une cytologie HSIL ou ASC-H

3.1- Performances de la colposcopie

La réalisation d'une colposcopie d'emblée après un FCV HSIL ou ASC-H, est recommandée. Il est inutile et dangereux de refaire un second frottis. C'est après un frottis de haut grade que la colposcopie offre la meilleure spécificité et le meilleur taux de concordance entre le frottis initial et le résultat histologique des biopsies.

Pour le triage des ASC-H, les données sont moins claires. 72% des cin2+ sont diagnostiqués après la première colposcopie, mais 28% de Cin2 ne sont reconnues qu'après une deuxième colposcopie, réalisée dans les 6 mois suivant le FCV anormal initial [7].

3.2- Le nombre de biopsies influence-t-il le résultat ?

En moyenne, 1,53 biopsies sont nécessaires pour détecter les lésions CIN 2+, avec un délai moyen de 5,5 mois [7]. La conisation diagnostique et thérapeutique en un temps « see and treat » n'est pas recommandée.

4- La gestion des discordances

Après une cytologie ASC-H, le taux de détection de CIN2 serait de 37,6 % dès la première colposcopie, et de 18,8 % à la deuxième colposcopie lorsque la première était négative. Une deuxième colposcopie est donc souhaitable en cas de discordance. Le test HPV n'apporte pas de bénéfice au triage des ASC-H.

5- Les cas particuliers

5.1- Chez la femme enceinte, la colposcopie doit être réalisée au premier trimestre, quelque soit l'anomalie sur un frottis réalisé en début de grossesse. Si un HSIL histologique est retrouvé et s'il n'y a pas de suspicion d'invasion, une colposcopie de contrôle doit être réalisée entre 28 et 32 SA, en différant la prise en charge au post-partum.

5.2- Chez la femme entre 25 ans et 30 ans :

Pour préserver la fertilité et prévenir les complications obstétricales, dans l'espoir d'une régression spontanée, encore possible chez la femme jeune, l'abstention thérapeutique n'est qu'une **option**, soumise à l'acceptation d'une surveillance régulière, en l'absence de signes péjoratifs, devant une lésion peu étendue dont la jonction est vue.

En conclusion, la prise en charge initiale des femmes présentant une cytologie HSIL ou ASC-H repose sur la colposcopie, qui oriente les biopsies. La mise en évidence d'un HSIL histologique impose un traitement d'exérèse d'emblée, guidé par la colposcopie, en dehors de la grossesse. Les discordances cyto-colpo-histologiques, imposent une répétition des examens, permettant de réellement l'évaluer.

Bibliographie

1- HAS

Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal
Actualisation 2002 du Rapport de l'ANAES de 1998

2- Bergeron C

Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap, 2002 / in Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

3- Dupont N.

Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus / état des connaissances. Institut de veille sanitaire. Octobre 2006.

4- Zhang M1, Carrozza M, Huang Y.

Correlation discrepancies between high-grade squamous intraepithelial lesions and high-grade cervical intraepithelial neoplasia: a cytological/histological correlation study from a single-institution experience. Acta Cytol. 2014

5- Srodon M1, Parry Dilworth H, Ronnett BM

Atypical squamous cells, cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion: diagnostic performance, human papillomavirus testing, and follow-up results. Cancer. 2006

6- Sherman ME1, Castle PE, Solomon D

Cervical cytology of atypical squamous cells-cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion (ASC-H): characteristics and histologic outcomes. Cancer. 2006

7- A Bonvicino, S Huitron, O Fadare -

Papanicolaou test interpretations of "atypical squamous cells, cannot exclude high grade squamous intraepithelial lesion" Cancer Cytopathology, 2007

CONDUITE À TENIR DEVANT UN FROTTIS AGC

Xavier Carcopino

*Hopital Nord (APHM), Service de Gynécologie Obstétrique,
Aix-Marseille Université (AMU), Marseille
Adresse courriel : xcarco@free.fr*

Introduction

Selon la classification de Bethesda, un frottis AGC indique la présence de cellules cylindriques (glandulaires/endocervicales/endométriales) atypiques sans autre précision. La prise en charge de ce type de frottis anormal représente un vrai défi pour les cliniciens. Tout d'abord parce qu'il s'agit d'anomalies cytologiques rares. Mais aussi parce que la coloscopie est souvent normale et que la mise en évidence d'anomalies glandulaires cervicales est particulièrement difficile en coloscopie.^{1,2} Enfin parce que ce type d'anomalie au frottis peut être révélateur d'un large spectre de pathologies sous-jacentes allant d'une lésion épidermoïde intraépithéliale de haut grade (LIEHG) jusqu'aux lésions de l'endomètre, en passant par des authentiques lésions glandulaires du col utérin.^{1,2} Paradoxalement, la lésion la plus fréquemment identifiée en cas de frottis AGC ne sera pas une lésion glandulaire cervicale mais une LIEHG.^{2,3}

Place du test HPV pour le triage des AGC

Au fil des années, les performances du test HPV ont été démontrées pour le triage des frottis de type ASCUS, essentiellement parce que son extraordinaire valeur prédictive négative permet d'éliminer la présence d'une LIEHG sous-jacente et d'éviter une coloscopie de ce fait inutile.⁴ Utilisé en dépistage primaire, le test HPV a également démontré sa supériorité sur le frottis. Mais cette supériorité ne repose pas sur une réelle différence à prévenir les cancers invasifs de type épidermoïde, mais bel et bien les cancer de type glandulaires (adénocarcinomes).⁵ Si ces résultats incitent à indiquer la pratique d'un test HPV pour le triage des AGC, les études citées précédemment ne ciblent pas exactement la valeur du test HPV dans cette indication. Parce que les anomalies cytologiques glandulaires sont rares, elles restent malheureusement peu étudiées dans la littérature. A ce jour on peut retenir essentiellement deux études ayant évalué la valeur du test HPV dans cette indication.^{1,6} Si ces deux études reposent sur un faible nombre de patientes étudiées (respectivement 179 et 108 patientes), elles montrent toutes les deux l'excellent valeur prédictive négative du test HPV utilisé dans cette indication. Celle-ci serait de 95,6 % (IC à 95 % : 92,2-99,0) pour Zhao et col.⁶ et de 94,1 % (IC à 95 % : 84,5-103,7) pour Zeferino et col.⁷

Indication des explorations endométrines

La justification de la réalisation d'une exploration endométrine repose sur la possibilité d'une authentique lésion endométriale révélée par ce type d'anomalie cytologique.^{1,2} Mais la prévalence de ce type d'anomalie varie de façon importante avec l'âge des patientes. Tous âges confondus, la prévalence des néoplasies endométriale chez les femmes ayant une cytologie AGC est de 4 à 32 %.^{2,3,6,7} Mais la médiane d'âge des cas de cancer de l'endomètre serait de 56 ans (étendue de 41 à 87 ans).² Et surtout, une proportion plus importante de lésions endométriales est diagnostiquée chez les femmes de plus de 50 ans par rapport aux femmes plus jeunes.^{3,6,7} Pour ces raisons, il est aujourd'hui admis que si la réalisation d'une exploration endométrine n'est pas justifiée avant 45 ans, celle-ci doit être réalisée après cet âge.

Conclusion

En cas de cytologie AGC, les performances du test HPV permettent de ne pas indiquer la réalisation d'une coloscopie d'emblée. Le teste HPV semble être le meilleur moyen de trier ces anomalies cytologiques rares et une coloscopie ne sera indiquée que si le test HPV est positif. Une exploration endométrine sera indiquée dans tous les cas si la patiente a plus de 45 ans.

Bibliographie

1. Zeferino LC, Rabelo-Santos SH, Villa LL, Sarian LO, Costa MC, do Amaral Westin MC, et al. Value of HPV-DNA test in women with cytological diagnosis of atypical glandular cells (AGC). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Nov;159(1):160–4.
2. Shoji T, Takatori E, Takeuchi S, Yoshizaki A, Uesugi N, Sugai T, et al. Clinical significance of atypical glandular cells in the Bethesda system 2001: a comparison with the histopathological diagnosis of surgically resected specimens. *Cancer Invest.* 2014 May;32(4):105–9.
3. Ascitutto KC, Henic E, Forslund O, Bjelkenkrantz K, Borgfeldt C. Age influences the clinical significance of atypical glandular cells on cytology. *Anticancer Res.* 2015 Feb;35(2):913–9.
4. Arbyn M, Roelens J, Simoens C, Buntinx F, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch PPL, et al. Human papillomavirus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD008054.
5. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 2014 Feb 8;383(9916):524–32.
6. Zhao C, Florea A, Austin RM. Clinical utility of adjunctive high-risk human papillomavirus DNA testing in women with Papanicolaou test findings of atypical glandular cells. *Arch Pathol Lab Med.* 2010 Jan;134(1):103–8.
7. Castle PE, Fetterman B, Poitras N, Lorey T, Shaber R, Kinney W. Relationship of atypical glandular cell cytology, age, and human papillomavirus detection to cervical and endometrial cancer risks. *Obstet Gynecol.* 2010 Feb;115(2 Pt 1):243–8.

FROTTIS ANORMAUX ET GROSSESSE

Olivier Graesselin

Les nouvelles recommandations INCa sur la prise en charge des frottis anormaux au cours de la grossesse clarifient les conduites à tenir dans cette situation souvent redoutée par les cliniciens (et les patientes). La grossesse modifie les aspects colposcopiques, peut aggraver les tableaux et montrer des aspects inhabituels (déciduose) difficiles à interpréter pour le clinicien non expert. Le taux de régression, surtout des lésions de bas grade, est important et justifie l'abstention thérapeutique en cours de grossesse. Pour les lésions de haut grade, le challenge consiste à faire un bilan précis et à éliminer les lésions microinvasives et invasives qui nécessitent une prise en charge spécifique à discuter en RCP. Les lésions malpighiennes de haut grade pourront faire l'objet d'un traitement après l'accouchement. La ré-évaluation cyto-colposcopique après l'accouchement est essentielle.

La conduite diagnostique doit être adaptée au résultat de la cytologie :

1. en cas de cytologie ASC-US ou LSIL découverte en cours de grossesse, une cytologie est recommandée dans les 2 à 3 mois après l'accouchement ;
2. en cas de cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte en cours de grossesse, une colposcopie systématique est recommandée :

a) si la colposcopie est satisfaisante (ZT1 ou ZT2) et présente une anomalie, une biopsie est recommandée :

- si un carcinome invasif est diagnostiqué, il est recommandé de discuter du dossier de la patiente en RCP ou de prendre un avis d'expert ;
- si une lésion histologique malpighienne intra-épithéliale est diagnostiquée, un examen de contrôle colposcopique est recommandé 3 mois plus tard :
 - s'il n'y a pas de suspicion d'invasion, un contrôle cytologique et colposcopique est recommandé dans les 2 à 3 mois après l'accouchement ;
 - s'il y a une suspicion d'invasion, il est recommandé de réaliser une nouvelle biopsie et de discuter du dossier de la patiente en RCP ou de prendre un avis d'expert.

b) si la colposcopie est satisfaisante (ZT1 ou ZT2) et normale ou non satisfaisante (ZT3), un examen de contrôle colposcopique est recommandé 3 mois plus tard. La conduite à tenir en fonction du résultat de cette colposcopie est similaire à celle proposée après diagnostic de lésion histologique malpighienne intra-épithéliale (ci-dessus).

PRISE EN CHARGE DES LÉSION HISTOLOGIQUES MALPIGHIENNES INTRA-ÉPITHÉLIALES DE BAS GRADE

Isabelle Cartier

Un traitement n'est pas recommandé de façon systématique en cas de diagnostic d'une lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade.

En cas de lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade, **plusieurs situations sont à distinguer selon la cytologie initiale :**

- en cas de cytologie initiale ASC-US ou LSIL, une surveillance par cytologie OU test HPV à 12 mois est recommandée :
 - si le test HPV est négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans ;
 - si la cytologie est normale, une nouvelle cytologie est recommandée à 12 mois ;
 - si le test HPV est positif ou si la cytologie est anormale, une nouvelle coloscopie est recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie est identifiée :
 - si la coloscopie est normale et satisfaisante ou que l'histologie révèle une lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade, un test HPV **OU** une cytologie est recommandé(e) à 12 mois ;
 - si l'histologie révèle une lésion histologique malpighienne intraépithéliale de haut grade ou qu'une discordance (cytologie de haut grade et biopsie de bas grade) apparaît, la patiente sera prise en charge selon les recommandations en vigueur pour le type de lésion diagnostiquée ;
 - **un traitement ne pourra être proposé qu'en cas de persistance d'une lésion histologique intra-épithéliale de bas grade au delà de 24 mois.** Une méthode de destruction de la lésion sera proposée de façon préférentielle (en raison de l'absence de conséquences obstétricales significatives). **La conisation n'est pas systématique, il est possible de continuer la surveillance.**
- en cas de cytologie initiale ASC-H, AGC ou HSIL, l'attitude va dépendre de la qualité de la coloscopie initiale :
 - si la coloscopie était satisfaisante (ZT1 ou ZT2), une cytologie, une coloscopie et un examen vaginal sont recommandés à 6 mois :
 - si tous les résultats sont normaux, une cytologie à 12 mois est recommandée ;
 - si une lésion vaginale est diagnostiquée, un traitement de la lésion vaginale est recommandé ;
 - s'il persiste une discordance entre cytologie et histologie après relecture, une exérèse de la lésion cervicale par électrorésection à l'anse diathermique sous contrôle colposcopique est recommandée.
 - si la coloscopie était non satisfaisante (ZT3), une coloscopie de contrôle et/ou un curetage endocervical est (sont) recommandé(s) :
 - si la coloscopie est normale et satisfaisante ou que l'histologie révèle une lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade, une cytologie, une coloscopie et un examen vaginal sont recommandés à 6 mois.
 - si au moins un résultat est anormal, une exérèse de la lésion cervicale par électrorésection à l'anse diathermique sous contrôle colposcopique est recommandée.

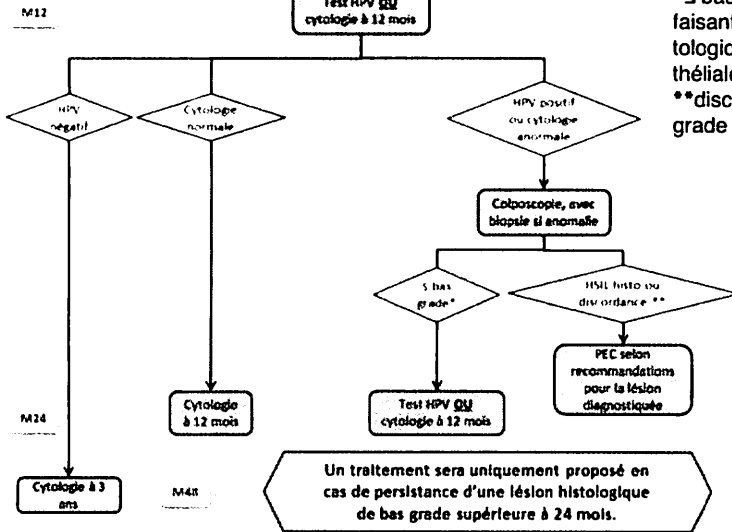
Cytologie initiale ASC-US ou LSIL

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade

HSIL histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade; PEC = prise en charge

* ≤ bas grade = colposcopie satisfaisante et normale ou lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade

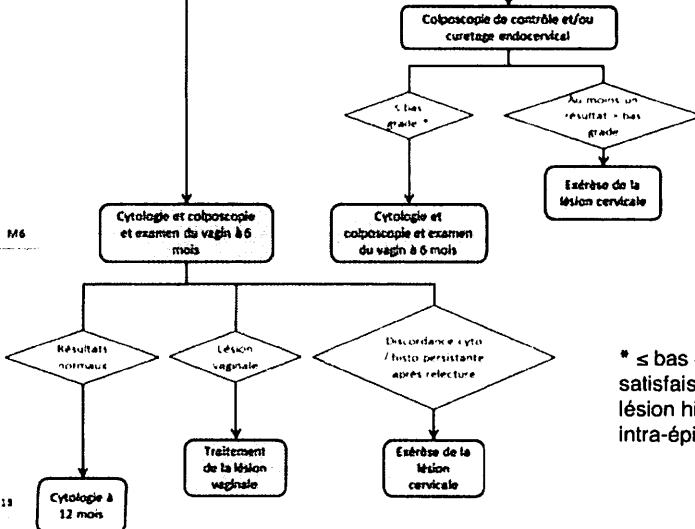
** discordance = cytologie de haut grade et biopsie de bas grade



Cytologie initiale ASC-H, AGC ou HSIL

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade et colposcopie satisfaisante

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade et colposcopie non satisfaisante (ZT3)



* ≤ bas grade = colposcopie satisfaisante et normale ou lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade

GESTION PRATIQUE DE L'ABSTENTION THÉRAPEUTIQUE

Bernard Huynh

Paris

Les nouvelles recommandations pour la prise en charge des cytologies anormales préconisent une surveillance prolongée en cas de CIN de bas grade. Cette abstention thérapeutique peut fréquemment dépasser 24 mois.

Cette attente doit être étayée pour les médecins, expliquée aux malades et à leur famille et c'est, en théorie, facile car limpide sur le plan scientifique.

En pratique, c'est un acte médical difficile qui repose sur la conviction des colposcopistes et nécessite une évaluation fine de la malade comme de son environnement.

Plusieurs erreurs doivent être évitées.

Certains arguments sont souvent efficaces mais il est besoin de les choisir soigneusement.

C'est cette problématique qui sera exposée et discutée au cours de la communication de la gestion pratique d'une situation clinique complexe qui sera très fréquente dans les années à venir.

PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS HISTOLOGIQUES DE HAUT GRADE

Pr Jean-Luc Brun

Pôle d'Obstétrique Reproduction Gynécologie, Centre Aliénor d'Aquitaine, CHU Bordeaux

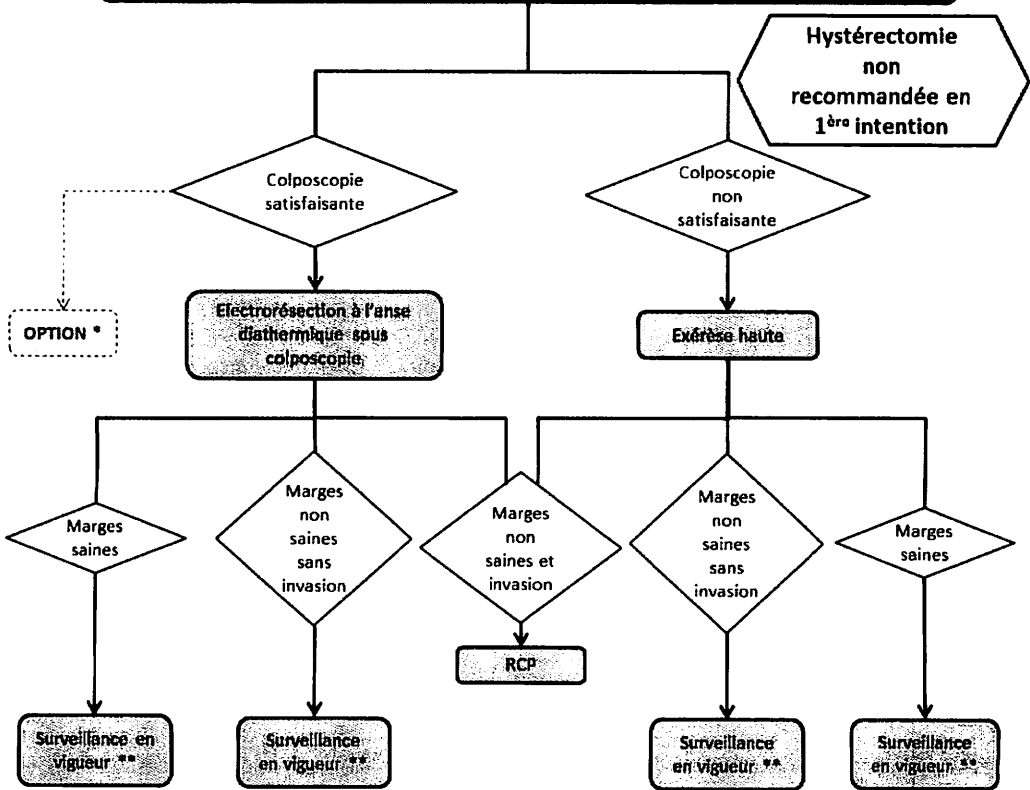
Dans la terminologie préconisée en 2014 par l'Organisation Mondiale de la Santé pour les lésions du col de l'utérus, les lésions histologiques malpighiennes intra-épithéliales de haut grade regroupent les anciennes lésions CIN 2 et CIN 3. La littérature rapporte des différences d'évolution naturelle et de pronostic entre CIN2 et CIN3. Cependant, compte tenu de la variabilité du diagnostic de ces lésions (surtout CIN2), le groupe de travail INCa a choisi de les grouper en une seule et même entité pour formuler ces recommandations.

Il est recommandé de traiter les lésions histologiques malpighiennes intra-épithéliales de haut grade dès le diagnostic initial. Une hystérectomie n'est pas recommandée en première intention.

Le choix de la méthode thérapeutique reposera sur les données de l'examen colposcopique :

- si l'examen colposcopique était satisfaisant (ZT1 ou ZT2) :
 - une résection de type anse diathermique sous guidage colposcopique est recommandée :
 - si les marges sont saines sans signe d'invasion, la patiente sera alors surveillée selon les recommandations de surveillance post-thérapeutique en vigueur ;
 - si les marges sont non saines sans signe d'invasion, la patiente sera alors surveillée selon les recommandations de surveillance post-thérapeutiques en vigueur ;
 - si les marges sont non saines avec suspicion d'invasion, il est recommandé de discuter du dossier de la patiente en RCP.
 - une option peut être proposée : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une surveillance régulière (par cytologie et colposcopie +/- biopsie tous les 6 mois pendant 2 ans maximum).
- si l'examen colposcopique était non satisfaisant (ZT3), une exérèse haute est recommandée :
 - si les marges sont saines sans signe d'invasion, la patiente sera alors surveillée selon les recommandations de surveillance post-thérapeutique en vigueur ;
 - si les marges sont non saines sans signe d'invasion, la patiente sera réévaluée de manière rapprochée ;
 - si les marges sont non saines avec suspicion d'invasion, il est recommandé de discuter du dossier de la patiente en RCP.

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade



RCP = réunion de concertation pluridisciplinaire

* Option : Si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction pavimento-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une surveillance régulière (par cytologie et colposcopie +/- biopsie tous les 6 mois pendant 2 ans maximum).

** Note : les modalités de surveillance post-thérapeutiques n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR DES ADÉNOCARCINOMES *IN SITU* DU COL UTÉRIN

Aline Rousselin, Adélaïde Racin, Ludivine Dion, Vincent Lavoué, Jean Levêque

*Département de Gynécologie Obstétrique & Reproduction Humaine
CHU Anne de Bretagne, 16 Bd de Bulgarie BP 90 347 F-35 203 Rennes (BZH)*

L'hystérectomie reste le traitement de référence de l'Adénocarcinome *in situ*, mais est remise en question en particulier chez les patientes soucieuses de préserver leur fertilité.

Les éléments de la discussion thérapeutique

Le tableau I [1] illustre les points du débat thérapeutique : les marges de la conisation – le risque de lésions invasives associées - le devenir après conisation – le choix de la méthode de conisation. L'existence de marges envahies après conisation pour AIS [2], expose à un risque majeur de lésions résiduelles et de récurrences tant *in situ* qu'invasives (Tableau II). Le curetage endocervical doit être combiné à l'étude des marges : l'existence de marges de conisation saines associées à un curetage endocervical négatif est le meilleur garant d'un traitement conservateur satisfaisant [3].

Quel traitement conservateur pour les AIS ?

Les auteurs français recommandent la pratique des cylindrectomies (résection non plus conique mais cylindrique du col, avec une taille de cylindre de 2.5 cm au minimum) afin d'obtenir des marges saines en hauteur et latéralement au niveau des cryptes glandulaires avec un index de sécurité de 1 cm [4].

S'il paraît que la conisation à la lame froide permet plus souvent d'obtenir des marges saines [5], lorsque le diagnostic pré-opératoire d'AIS a été posé, l'opérateur averti va effectuer une conisation plus large et l'instrument choisi alors importe peu [6]. Un papier récent confirme ce fait chez les patientes les plus jeunes (moins de 30 ans) confirmant dans cette population particulièrement désireuse de préservation utérine et cervicale que la conisation à l'anse peut être choisie sans arrière-pensée [7].

Une étude de cohorte australienne [8] portant sur 298 patientes d'âge moyen de 31 ans traitée par électrorésection à l'anse pour des AIS de taille moyenne de 2.5 mm :

- retrouve des risques de maladie résiduelle / récurrence de CIN de haut grade de 3.7% - AIS de 7.7% et d'adénocarcinome invasif de 1%,
- en soulignant 3 facteurs prédictifs de ces événements : l'âge de plus de 30 ans, des lésions étendues (> 8 mm) et l'existence d'un AIS pur (sans lésions squameuses associées).

Ces trois conditions imposent donc une reprise chirurgicale après conisation.

La surveillance après traitement conservateur

Une équipe italienne a présenté récemment les résultats du suivi de 166 cas d'AIS dont 119 ont bénéficié de traitements conservateurs [9] :

- toutes les récurrences sont survenues dans les 3 ans,
- 4 variables prédisaient une guérison : un frottis normal, un test HPV négatif, une colposcopie normale, et une conisation conséquente,
- et 3 variables étaient associées à une récurrence : un test HPV positif (seule variable indépen-

EVALUATION DES PERFORMANCES DIAGNOSTIQUES DE LA COLPOSCOPIE EN FONCTION DU NIVEAU D'EXPERTISE ET DE L'ADHESION A LA CHARTE DE QUALITE

Claire Camus^{1}, Philippe Halfon^{1,2}, Guillaume Penaranda¹, Marie-Christine Rojat-Habib³, Xavier Carcopino⁴*

1. *Département de R&D Clinique et Biostatistiques, Laboratoire Alphabio Européen, 13003 Marseille, France*

2. *Service d'infectiologie, Hôpital Européen Marseille, 13003 Marseille, France*

3. *Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital de la Timone, APHM, Université Aix-Marseille (AMU), Marseille, France*

4. *Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Nord, APHM, Université Aix-Marseille (AMU), CNRS, IRD, IMBE UMR 7263, 13397, Marseille, France*

Objectif : Évaluer les performances diagnostiques de la colposcopie pour le diagnostic des lésions intraépithéliales de haut grade (LIEHG). L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de l'expertise du colposcopiste et de l'adhésion à la charte de qualité.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective multicentrique regroupant 16 colposcopistes (2 experts et 4 colposcopistes inscrits à la charte de qualité). Nous avons inclus les patientes ayant une colposcopie pour l'évaluation initiale d'un frottis anormal ou d'un signe d'appel clinique. Les colposcopistes devaient biopsier toute anomalie visualisée. Le col était considéré comme normal si aucune lésion n'était visualisée à la colposcopie ou si aucune lésion intraépithéliale n'était identifiée à l'analyse histologique.

Résultats : Au total 437 patientes ont été incluses dont 295 (68 %) ont eu au moins une biopsie cervicale ; 93 LIEHG et 12 cancers invasifs ont été diagnostiqués. Au seuil LIEHG+, les performances diagnostiques de la colposcopie étaient : Sensibilité (Se) 70%, Spécificité (Sp) 87%, Valeur Prédictive Positive (VPP) 60% et négative (VPN) 91%, concordance (C) de 84% (Kappa = 0,537). Les performances diagnostiques les plus élevées étaient observées lorsque la colposcopie était réalisée par un expert (Se 75%, Sp 89%, VPP 73%, VPN 90%, C 85% et kappa 0,633) ou par un colposcopiste ayant adhéré à la charte de qualité (Se 76%, Sp 90%, VPP 72%, VPN 91%, C 86% et kappa 0,643).

Conclusion : Les performances diagnostiques de la colposcopie sont bonnes et semblent être influencées par le niveau d'expertise et l'adhésion à la charte de qualité.

EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTES APRÈS CONISATION EN CONSULTATION SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

Julie Cattin, Anne Mendel, Emma Rufenacht, Marion Roesch, Malek Chehab, Rajeev Ramanah, Didier Riethmuller*.

Pôle Mère-Femme, Centre hospitalier régional universitaire Jean Minjoz,
3, boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

But : La conisation est le traitement de référence des néoplasies intra-épithéliales. Dans le contexte médico-économique actuel promouvant la simplification des pratiques, la conisation à l'anse diathermique répond parfaitement aux critères permettant sa réalisation en consultation. Nous avons donc évalué la satisfaction des patientes ayant eu recours à une conisation en consultation dédiée.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle au CHRU de Besançon. Nous avons inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une conisation en consultation durant un an. La satisfaction globale des patientes était recueillie rétrospectivement par questionnaire.

Résultats : Soixante dix patientes ont bénéficié d'une conisation en consultation et ont répondu au questionnaire. Le taux de satisfaction globale était de 88,6 %. De plus, 75,7 % des patientes ont déclaré n'avoir ressenti aucune douleur ou une douleur modérée lors du geste. La majorité des patientes (91,4 %) recommanderaient cette prise en charge à une personne de leur entourage. Les limites d'exérèse étaient jugées non *in sano* pour 31,4 % des prélèvements et une hémorragie post-opératoire était survenue chez 7,1 % des patientes.

Conclusion : Dans ce souci permanent de réduction des coûts, la conisation semble être un geste parfaitement adapté à une réalisation en consultation. Cette prise en charge paraît convenir aux patientes sans entraîner d'augmentation du risque hémorragique ou de résection non *in sano*.

CONISATIONS CHEZ LES PATIENTES DE MOINS DE 25 ANS AU CHRU DE LILLE : ÉTAIENT ELLE VRAIMENT JUSTIFIÉES ?

*Caroline Kowalski, Pierre Collinet, Hortense Baffet,
Denis Vinatier, Katty Ardaens.*

Hopital Jeanne de Flandre, CHU, Lille

Introduction : Les recommandations nous invitent à débiter le dépistage par frottis cervico-utérin à partir de l'âge de 25 ans. Pourtant nous sommes régulièrement confrontés à la prise en charge de frottis pathologiques chez des jeunes femmes chez qui le dépistage a été commencé plus tôt. Nous ne disposons pas de recommandations officielles dans cette tranche d'âge. L'objectif de cette étude est de s'assurer que notre prise en charge était adaptée et les conisations justifiées .

Matériel et Méthode : Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive. 86 patientes de moins de 25 ans ont été opérées d'une conisation au CHRU de Lille sur la période du 1^e janvier 2005 au 31 octobre 2015. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Les données étaient collectées à partir des dossiers médicaux informatisés des patientes.

Résultats : L'âge moyen des patientes au moment de la conisation était de 22,3 ans (17-24). Les biopsies préopératoires étaient majoritairement des hauts grades : 98,8% dont 61% de CIN 2 et 36% de CIN 3 . L'analyse anatomo-pathologique définitive a permis de retrouver 12,8% de lésions de bas grade ou d'histologie normale, 80,5% de haut grade, et 3 lésions invasives (3,4%): un adénocarcinome in situ et deux carcinomes épidermoïdes micro-invasifs. La hauteur moyenne du conisat était de 12,6mm.

Conclusion : Si on peut déplorer la réalisation de conisations chez des patientes aussi jeunes , elles sont majoritairement justifiées par la présence de haut grade sur les pièces opératoires. 11 conisations (12,8%) auraient sans doute pu être évitées. Par contre, la découverte de 2 carcinomes épidermoïdes microinvasifs et d'un adénocarcinome in situ est interpellante.

IMPACT DE L'UTILISATION DU ZEDSCAN POUR LE DIAGNOSTIC DES LÉSIONS DE HAUT GRADE

C. Muszynski¹, E. Dupont¹, B. Vaysse², S. Lanta¹, F. Sergent¹,
J. Tidy³, J. Gondry¹

1 Service de gynécologie-obstétrique, CHU Amiens-Picardie, France

2 Direction de l'information médicale, CHU Amiens-Picardie, France

3 Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, United Kingdom

Introduction :

La colposcopie est un examen clef dans la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus. Cet examen permet de diriger la biopsie permettant de diagnostiquer une lésion précancéreuse qu'il conviendra de traiter pour éviter l'apparition du cancer. La performance de la colposcopie est cependant imparfaite et plusieurs études pointent du doigt son manque de sensibilité et de spécificité. Par ailleurs l'accès à des colposcopistes entraînés pourrait s'avérer difficile dans les années à venir du fait de la démographie médicale et de l'augmentation du nombre d'examen à faire si le dépistage par frottis venait à se généraliser. C'est dans ce contexte que se développe depuis quelques années des outils d'aide au diagnostic pour augmenter la performance de la colposcopie tout en facilitant sa pratique. Nous avons étudié l'usage d'un nouvel appareil permettant la recherche de lésion précancéreuse par impédancemétrie électrique en complément de la colposcopie : le Zedscan.

Objectif :

L'objectif principal était de déterminer l'efficacité de la colposcopie associée au ZedScan pour la détection des lésions intra épithéliales de haut grade.

Matériel et Méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective unicentrique. Chaque patiente adressée en consultation de colposcopie bénéficiait de l'examen colposcopique classique puis de l'examen du col avec le Zedscan.

L'impression colposcopique et la (les) zone(s) de biopsie(s) dirigée par la colposcopie étaient notées. Nous avons réalisé immédiatement après l'examen au zedscan : la (les) zones de biopsies repérées par le zedscan étaient également notées. Les éventuelles zones repérées par la colposcopie et par le zedscan étaient ensuite prélevées (biopsies) et envoyées au laboratoire d'anatomopathologie pour analyse. Tous les pots de biopsie étaient numérotés pour savoir quel examen (colposcopie, zedscan ou les deux) avait motivé la biopsie. Les résultats des biopsies étaient récupérés et le critère de jugement principal portait sur le résultat histologique de la biopsie ou de la conisation diagnostic le cas échéant.

Résultats :

91 patientes ont été incluses à ce jour dans l'étude. L'âge médian est de 33 ans. 15 % des patientes ont été adressées pour un frottis de haut grade (HSIL, ASC-H, AGC), 72 % pour un frottis ASC-US

ou de bas grade et 13 % pour un suivi (post conisation, suivi de lésion de bas grade). Le nombre moyen de biopsie par patiente qui sont dirigées par la colposcopie est de 1,14. Le nombre moyen de biopsies par patiente qui sont dirigées par la colposcopie + Zedscan est de 1,51. Au total nous avons diagnostiqué une lésion de haut grade chez 33% des patientes.

Parmi ces trente patientes le Zedscan en avait détecté 93% et en avait raté 7%. En comparaison la colposcopie avait détecté 63% des lésions de haut grade et en avait raté 37%.

Chez les 19 patientes qui avaient une impression colposcopique de haut grade, la biopsie retrouvait effectivement une lésion de haut grade. Chez ces 19 patientes, l'examen au Zedscan avait également indiqué une biopsie sur le tissu pathologique. De plus, la colposcopie et le Zedscan avaient également tous les deux indiqués une biopsie dans la population adressée pour un frottis de haut grade et ayant effectivement une biopsie confirmant la lésion de haut grade.

En revanche dans la population des patientes adressées pour un frottis ASC-US ou LSIL et chez qui une lésion de haut grade a été diagnostiqué les résultats sont différents. Le Zedscan indiquait une biopsie chez 9 patientes pour qui l'évaluation colposcopique était soit normal soit de « bas grade ». Si l'on considère ces résultats, l'utilisation du Zedscan comparé à l'aspect colposcopique seul permet d'augmenter la détection chez 47,7% des patientes tous frottis confondus et de 81,8% chez les patientes adressées pour un frottis de bas grade. En réalité pour 5 des 9 patientes avec une impression de bas grade à la colposcopie il avait été décidé de réaliser une biopsie uniquement sur l'aspect colposcopique et donc de permettre le diagnostic de la lésion de haut grade. Ainsi l'augmentation réelle de détection dans notre pratique sur cette cohorte est de 25% tous frottis confondus et de 37,5 % dans la population des frottis de bas grade.

Discussion/ Conclusion

L'utilisation du Zedscan dans notre série a permis d'augmenter le taux de détection des lésions histologiques de haut grade (LIEHG) avec une augmentation modérée du nombre de biopsie moyen qui reste faible. Cette augmentation de la détection s'est faite dans la population adressée pour frottis de bas grade ou ASC-US et non dans la population adressée pour un frottis de haut grade. Cet outil d'aide au diagnostic nous semble intéressant d'autant plus que son utilisation est simple. Il faut cependant être vigilant à ne pas entraîner de sur-traitement. En effet nous savons que certaines LIEHG diagnostiquées suite à un frottis de bas grade ou ASC-US et avec un aspect colposcopique « de bas grade » voir normal seraient en réalité des lésions régressives.

NOUVELLE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS FAISANT APPEL À LA DÉTECTION DU PAPILLOMAVIRUS DANS LES URINES PRÉLEVÉES À DOMICILE CHEZ 15 260 FEMMES NON-PARTICIPANTES AU DÉPISTAGE PAR FROTTIS ET SUIVI À 5 ANS. ETUDE PapU29.

C. Payan ¹, S. Rosec ², P. Amouroux ³, MS Lossouarn ³, A. Minoui-Tran ¹, Y. Foll ⁴, C. Vallon ⁴, M. Thelohan ⁴, F. Bommelaere ⁴, M. Collet ^{3,4}, E. Nowak ², K. Lacut ², P. Saliou ⁵, B. Lejeune ⁵, M. Talagas ⁶, F. Charles ⁶, P. Marcorelles ⁶, E. Postec ³, P. Merviel ³

¹ Laboratoire de Virologie-LUBEM EA3882/INSERM U1078, ² Centre d'Investigation Clinique-INSERM0502, ³ Gynécologie-Obstétrique, ⁵ Santé Publique, ⁶ Cytologie-Anatomopathologie, Centre Hospitalier Régional Universitaire-UFR Médecine, Brest, and ⁴ ADEC29, Brest, France

Contexte : Dans de nombreux pays, la stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus est basée sur le frottis cervico-vaginal. Cependant il existe un taux insuffisant de couverture de la population, autour de 50%. Ce mauvais résultat s'explique par l'existence de « barrières » psycho-socio-culturelles et par la disparité de répartition géographique de l'offre de soin. Plusieurs stratégies permettant de palier ces freins sont testées afin de réduire l'incidence de ce cancer tout en diminuant les coûts de santé publique. La présence du virus HPV oncogène est bien corrélée au risque de développer une lésion cervicale CIN2 ou plus sévère. La combinaison de ce type de test à une technique d'auto-prélèvement à domicile permettrait d'améliorer la participation des patientes. Nous proposons cette stratégie en France dans une population test, à partir d'un échantillon d'urine.

Méthodes : 15471 propositions de dépistage conventionnel par cytologie ont été envoyées entre 2008 et 2010 par courrier postal à des femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas eu de frottis depuis plus de deux ans. Les femmes non répondeuses ont reçu à domicile un kit complet pour réaliser un test HPV urinaire par PCR en temps réel puis, en cas de positivité du test, ont été adressées pour un frottis secondaire. Un suivi à cinq ans a été aussi mené chez les femmes incluses ainsi qu'une évaluation médico-économique au terme de l'étude (fin 2015).

Résultats : 15 260 femmes étaient éligibles pour l'analyse. L'âge moyen est de 46,60 (+/-11,49) ans. La majorité de ces femmes habite en zone rurale (84,39%). Après exclusion (n=3780, 24,77%), les groupes Cytologie (CFL) et Urine HPV (HFL) ont inclus 487 (3,73%) et 3096 (28,16%) femmes respectivement (p<0,0001). La participation est la plus élevée chez les femmes de 50 à 65 ans (p<0,001). Lorsque l'on compare la stratégie CFL traditionnelle à celle de PapU29, le taux de participation est multiplié par 8,36, le bénéfice est surtout chez les femmes de 25 à 34 ans (x 10,75). Le nombre de lésions cytologiques est multiplié par 3,55 (p<0,001), celui des lésions CIN2 ou plus par 8 (p=0,038). Cette nouvelle stratégie a permis de dépister un adénocarcinome à HPV18 ; il s'agit du premier cas de cancer du col découvert grâce à un test urinaire. La présence de HPV16 ou 18 dans les urines est aussi plus à risque de CIN2+ (p=0,019). Le suivi à 5 ans ne fait pas apparaître de lésions CIN2+ chez les femmes ayant un test urinaire négatif et un seul cas CIN2 chez les femmes ayant un test urinaire positif et une cytologie initiale normale. Le coût par CIN2+ dépisté est le plus faible avec le test urinaire chez les femmes de 35-49 ans (9240€ vs 30535€ par cytologie).

Conclusion : La stratégie proposée améliore très nettement le taux de couverture de la population (+24%), elle est simple, sûre et bien acceptée, pour un coût moindre (divisé par 3 à 4 selon l'âge). Elle pourrait être utilisée à plus grande échelle dans le cadre d'une politique de dépistage organisée, notamment dans les populations sous-dépistées.

Partenariat et financement : La ligue contre le cancer, CHRU Brest, ADEC29.

IMPACT OF AGE AT CONIZATION ON OBSTETRICAL OUTCOME: A CASE-CONTROL STUDY

Julien Chevreau, MD^{1}, Antonin Mercuzot, MD¹, Arthur Foulon, MD¹,
Christophe Attencourt, MD², Fabrice Sergent, MD, PhD¹,
Ségolène Lanta, MD¹, Jean Gondry, MD, PhD¹*

*1 Department of Gynecology; University Hospital of Amiens, France;
Université Picardie - Jules Vernes, Amiens, France.*

*2 Department of Clinical Pathology; University Hospital of Amiens, France;
Université Picardie - Jules Vernes, Amiens, France.*

** Corresponding author.*

Objectives: The aim of the study was to assess whether an age inferior to 25 at conization affected future pregnancy outcome as an independent factor.

Methods: A retrospective study of 115 women who underwent both loop electrosurgical excision procedure (LEEP) and subsequent pregnancy follow-up in a referral center was conducted. Two groups were considered: patients younger than 25 at time of LEEP (n=42), and 25 or older (n=73). Analyzed data were occurrence of preterm adverse obstetrical event and, specifically, preterm labor (PL) and preterm rupture of membranes (PROM); stratification based on term of occurrence was performed: < 37 weeks of amenorrhea (WA), < 34 WA, < 26WA.

Results: Patients characteristics were comparable in terms of excised specimen thickness and pathological analysis, as well as for tobacco intoxication during pregnancy. While there was no difference of term at delivery or total number of preterm adverse obstetrical events, we found a significant increase of proportions of events (19% versus 4.1%) and PL (19% versus 0%) before 26 WA in the under 25 group. After adjusting for excised specimen thickness, the same results were found for thickness ≤ 15 mm (respectively 16.7% versus 3.3% and 16.7% versus 0%). For thickness > 15 mm, only proportions of PL before 26 WA were higher in the under 25 group (33.3% versus 0%).

Conclusion: Age under 25 at time of LEEP seems to be an independent risk factor for occurrence of extremely early preterm adverse obstetrical events, particularly PL.

IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE L'ANNONCE D'UN PORTAGE HPV DANS UN DÉPISTAGE PRIMAIRE

L. Duminil

Background: To investigate psychosocial impact of an HPV result among women participating to START-HPV (*STudy of primary screening in the ARdennes department by Testing for HPV infection*), which evaluated HPV primary testing with Pap smear triage to access conditions for implementing HPV based primary screening in France.

Material and methods: Phone interviews were performed with a questionnaire 12 months after the receipt of an HPV test result. 132 women were interviewed 70% HPV positive and 30% HPV negative.

Results: A higher proportion of HPV positive women (92%) remembered the letter ($p < 0.0001$). All women HPV negative stated the letter to be an appropriate mean of announcement for only 70% of women tested positive ($p = 0.0001$). 67% of women HPV positive found the letter sufficiently comprehensible ($p = 0.002$) and 80% needed for disclosure about the results ($p = 0.003$). Half of women in both groups declared not feeling well-informed about HPV result. 80% of HPV positive women experienced anxiety and fear ($p < 0.0001$) and one women out of ten did not understand what the HPV result meant. The positive result had minor consequences on relationship with partner (6%), but enhanced intentions to vaccinate their daughter ($p < 0.0001$) or to change the way they considered their health ($p = 0.03$). Knowledge level about HPV infection was higher in HPV positive women ($p = 0.0014$). Having an abnormal triage cytology increased anxiety ($p < 0.0001$) and knowledge scores ($p = 0.03$), when feeling well-informed lowered anxiety ($p = 0.004$).

Conclusion:

Women tested HPV positive revealed minor psychosocial impact a part from legitimate anxiety, as compared to women tested HPV negative.

LA CRYOTHÉRAPIE : MÉTHODE DE CHOIX DANS LA PRISE EN CHARGE DES ECTOPIES CERVICALES SYMPTOMATIQUES

M.Lallemant, M.Courjon, M.Malincenco, C.Gay

Unité Fonctionnelle de Colposcopie – Hôpital Nord Franche-Comté,
site de Belfort, 14 rue de Mulhouse, 90016 Belfort

Objectifs : Démontrer l'efficacité, la tolérance de la cryothérapie dans le traitement des ectopies cervicales symptomatiques et comparer les résultats à ceux obtenus dans cette même Unité Fonctionnelle de Colposcopie en 2003 (C.Gay et al, 2006)

Matériel et Méthodes : Cinquante-six patientes présentant une ectopie cervicale bénigne ont été traitées par cryothérapie dans l'unité fonctionnelle de Colposcopie à l'Hôpital Nord Franche-Comté entre Janvier 2014 et Octobre 2016. Le fluide cryogénique utilisé est le protoxyde d'azote liquide à -89°C délivré par une cryode apposée au relief cervical. Les patientes ont été revues trois à six mois après la cryothérapie (n=32). En cas de persistance des symptômes ou d'un ectropion cervical résiduel, une deuxième séance de cryothérapie était proposée.

Résultats : Les indications de traitement étaient des métrorragies de contact (50% versus 21,5% en 2003), des leucorrhées abondantes (39,3% versus 92,3% en 2003) et des cervicites récidivantes (10,7% versus 6,2% en 2003). Une deuxième séance de cryothérapie a été réalisée dans 7,1% des cas (27,7% en 2003). La ré-épithélialisation de l'ectropion a été observée dans 96,4% des cas (98,4% en 2003). Les symptômes ont disparu dans 96,4% des cas (95,2% en 2003). Aucune complication grave n'a été observée.

Conclusion : La cryothérapie est une méthode efficace et de choix dans le traitement des ectopies cervicales symptomatiques. Le nombre de patientes traitées est inférieur à celui de 2003. Ceci s'oppose aux excellents résultats obtenus, à la rapide courbe d'apprentissage, à la simplicité de la technique et à la bonne tolérance des patientes.

Bibliographie

1. Gay C, Riehl C, Ramanah R, Desmoulin G, Violaine B. Intérêt de la cryothérapie dans la prise en charge des ectopies cervicales symptomatiques. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006 Mar;34(3):214–23.
2. Çekmez Y, Şanlıkan F, Güçmen A, Vural A, Türkmen SB. Is Cryotherapy Friend or Foe for Symptomatic Cervical Ectopy? *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2016;25(1):8–11.
3. Mohanty KC, Rand RJ, Berry B. Cryotherapy in the management of cervical ectopy. *Genitourin Med.* 1985 Oct;61(5):335–7.
4. Baram A, Paz GF, Reuben Peysser M, Schachter A, Homonnai ZT. Treatment of cervical ectropion by cryosurgery: effect on cervical mucus characteristics. *Fertil Steril.* 1985 Jan;43(1):86–9.
5. Ben-Haroush A, Yogev Y, Beckerman A, Levavi H, Kaplan B. A mobile aerosol cryotherapy device (Histofreezer) for treatment of cervical contact bleeding: a pilot study. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 2003 Mar;23(2):177–8.
6. Marchetta J, Descamps P. *La colposcopie.* Elsevier Masson; 2010
7. Junior M, Carlos L, Dalmaso ASW, Carvalho HB. Evidence for benefits from treating cervical ectopy: literature review. *Sao Paulo Med J.* 2008 Mar;126(2):132–9.
8. Hua X, Zeng Y, Zhang R, Wang H, Diao J, Zhang P. Using platelet-rich plasma for the treatment of symptomatic cervical ectopy. *Int J Gynecol Obstet.* 2012 Oct;119(1):26–9.
9. Yang K, Li J, Liu Y, Ma B, Roberts H, Tan J, et al. Microwave therapy for cervical ectropion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD006227.
10. Li C, Xiong X, Li Y, Li J, Peng B, Wang Z, et al. Therapeutic Effects of Focused Ultrasound in 4014 Patients with Symptomatic Cervical Ectopy. *Ultrasound Med Biol.* 2013 Apr;39(4):604–10.
11. Tang X, Gao Z, Li Y, Yu J, Li X. Efficacy and safety of focused ultrasound versus microwave therapy for cervical ectopy: a meta-analysis. *J Evid-Based Med.* 2015 May;8(2):61–74.
12. Karnaky KJ. Hydrogen ion concentration (pH) of the vagina associated with an ectropion of the cervix (cervicitis). *Am J Surg.* 1947 Mar 1;73(3):359–62.
13. Chen J, Zhou D, Liu Y, Peng J, Li C, Chen W, et al. A Comparison Between Ultrasound Therapy and Laser Therapy for Symptomatic Cervical Ectopy. *Ultrasound Med Biol.* 2008 Nov;34(11):1770–4.
14. Buntinx F, Essed GG, Van der Putten HW, Buchholz RF, Arends JW, Knottnerus JA. Composition of cervical smears in patients with and without a cervical ectropion. *J Clin Pathol.* 1995 May;48(5):408–9.
15. Wright KO, Mohammed AS, Salisu-Olatunji O, Kuyinu YA. Cervical Ectropion and Intra-Uterine Contraceptive Device (IUCD): a five-year retrospective study of family planning clients of a tertiary health institution in Lagos Nigeria. *BMC Res Notes.* 2014;7:946.

COMPARAISON DE DEUX STRATÉGIES D'INVITATION AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS AVEC OU SANS IMPLICATION DU MÉDECIN TRAITANT CHEZ LES FEMMES DE 50 À 65 ANS DANS LE BAS-RHIN : ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ

L.Lecointre¹, C.Y.Akladios¹, M.A. Metten², M. Fender²,
E.Faller¹, J.J. Baldauf^{1,2}

1 Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de Hautepierre, CHU de Strasbourg

2 Association EVE, 69 route du Rhin, 67400 Illkirch-Graffenstaden

Introduction : En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est un dépistage individuel. Plusieurs études ont montré que le dépistage organisé était plus efficace que le dépistage individuel en terme de taux de couverture mais surtout de morbi-mortalité. D'après les recommandations du Plan Cancer 2009-2013 et de la Haute Autorité de Santé, les médecins traitants doivent être impliqués dans les programmes de dépistage organisé, en particulier dans celui du cancer du col de l'utérus où ils jouent un rôle de coordonnateur.

Objectif : L'objectif principal de l'étude était de comparer en terme de coût-efficacité deux stratégies d'invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes entre 50 et 65 ans avec ou sans implication du médecin traitant dans le Bas-Rhin.

Méthode : Les femmes éligibles avaient entre 50 et 65 ans, habitaient le Bas-Rhin, n'avaient pas eu de frottis au cours des trois dernières années et avaient déclaré un médecin traitant dans la région. La liste des femmes éligibles a été obtenue à partir de la base de données de l'Association EVE. Une table informatique de nombres aléatoires a ensuite été utilisée pour randomiser les femmes en deux groupes. Le critère de jugement principal était la proportion de frottis réalisés un an après le lancement des invitations dans les deux groupes. Les coûts supplémentaires de la stratégie impliquant le médecin traitant ont également été calculés. Les coûts directs (impression des lettres, frais de routage et frais d'affranchissement) ainsi que les coûts indirects en terme de temps de travail du personnel ont été pris en compte. Les critères secondaires de comparaison des deux stratégies étaient la proportion de frottis réalisés par les médecins généralistes eux-mêmes dans les deux groupes et leur vécu des stratégies évalué par sondage après le lancement de l'étude. Des analyses des résultats cytologiques ont également été réalisées dans chaque groupe.

Résultats : Dans notre étude, 7837 femmes ont été attribuées au groupe intervention et 7874 au groupe contrôle. Par ailleurs, 1123 médecins reçurent par courrier la liste de leurs patientes devant se faire dépister. Dans le groupe intervention, 1076 (14,6%) femmes ont eu un frottis dans l'année suivant les invitations contre 968 (13%) dans le groupe contrôle. La proportion de frottis était significativement supérieure dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle ($p=0,005$). La différence de risque était de 1,6% (0,5-2,7% IC 95%). 50% des frottis ont été réalisés dans les cinq mois suivant l'invitation dans les deux groupes. La proportion de frottis réalisés par les médecins généralistes était significativement supérieur dans le groupe intervention (8%) par rapport au groupe contrôle (5,2%) ($p=0,013$). Concernant le coût de ces interventions et en comparaison avec le groupe contrôle, l'intervention était nécessairement plus chère mais permettant la réalisation de 107 frottis de plus, donnant un ratio coût-efficacité différentiel de 18 euros par participante supplémentaire. Enfin, les frottis étaient considérés comme normaux dans 97,4% des cas dans le groupe intervention et 97,8% dans le groupe contrôle. Une anomalie cytologie était présente dans 1,8% des cas dans les deux groupes.

Conclusion : L'implication des médecins traitants dans le dépistage du cancer du col de l'utérus joue un rôle positif pour les femmes de 50 à 65 ans dans le Bas-Rhin bien que cet effet soit faible. Notre essai contrôlé randomisé de grande ampleur montre qu'une simple liste adressée aux médecins traitants peut significativement augmenter la participation au dépistage.

COMPARAISON DES TESTS XPERT® HPV ET HCII POUR LES FROTTIS BD-SUREPATH® DANS LE TRIAGE DES FROTTIS ASCUS

*Le van Quyen P (1), Prétet JL (4), Blaise S (1), Mendibourg-Mattei A (1),
Akladios YC (2), Baldauf JJ (2), Hummel M (3), Chenard MP (1), Avérous G (1)*

(1) Department de Pathologie, CHU, Strasbourg

(2) Department de Gynecologie, CHU, Strasbourg

(3) Department de Gynecologie, CHU-CMCO, Strasbourg

(4) Laboratoire de Biologie Cellulaire et Moléculaire, CHRU, Besançon

Objet

Evaluation comparative des tests Xpert HPV (Cepheid) et HCII sur frottis BD-SurePath®.

Méthodes

Après réalisation des cytologies (BD-AutoCytePrep®) les résidus flacon et les culots de 56 frottis ASCUS ont été soumis aux deux tests. Les discordants ont été génotypés par PCR Inno-LIPA Version Extra II (Fujirebio). L'analyse concernait la fidélité intermédiaire, la répétabilité (5x), la conservation d'un frottis positif à 1, 7, 14 et 28 jours et la reproductibilité flacon initial/culot pour 37/56 frottis.

Résultats

Parmi 56 frottis ASCUS testés par HCII, 29 étaient HR-HPV positifs et 27 négatifs avec des concordances : négative de 100%, globale de 89,3% et positive de 79,3%. Parmi 29 frottis HCII+, 6 étaient Xpert HPV négatifs. Le génotypage révélait quatre frottis HPV53+ (deux coexprimant HPV54 ou HPV67), un HPV67+ et un HPV+ inconnu. La coloscopie de 4/6 patientes était normale, une révélait un condylome. La reproductibilité entre techniciens, dans le temps et entre flacons et culots était de 100%, la répétabilité (5x) de 96%.

Conclusions

Les deux tests ont démontré une concordance négative et globale de 100% pour les 14 HPV-HR. Six discordances reflètent une réaction croisée du test HCII avec des HPV non ciblés par les deux tests. Les coloscopies de 5/6 patientes n'ont détecté aucune LIE de haut grade. La reproductibilité avec le milieu SurePath® est conforme à celle obtenue avec le milieu PreservCyt®(Hologic). Xpert HPV est utilisable en routine pour les frottis SurePath®.

L'ASSOCIATION ENTRE LES LÉSIONS GYNÉCOLOGIQUES HPV-INDUITES ET LES CANCERS ANO-RECTAUX DOIT-ELLE NOUS FAIRE CHANGER NOS PRATIQUES? (RÉFLEXION À PARTIR DE CAS CLINIQUES)

C. Porté, C. Monnin, J. Raffoul, Y. Jeffredo, M. Malincenco, C. Gay

*Unité Fonctionnelle de Colposcopie – Hôpital Nord Franche-Comté,
site de Belfort, 14 rue de Mulhouse, 90016 Belfort*

Introduction

Les dysplasies et cancers du bas appareil gynécologiques sont majoritairement HPV-induits. La littérature montre que ces lésions sont associées aux néoplasies anales qui sont également HPV-induites. L'objectif de cette présentation est de déterminer si cette dernière association ne doit pas nous conduire à changer nos pratiques.

Présentation des cas

Mme M. est suivie depuis 2007 pour des dysplasies vulvaires récidivantes traitées par une vulvectomie partielle en 2015. Parallèlement, un carcinome épidermoïde du canal anal a été découvert début 2016.

Mme C. est suivie pour des dysplasies vulvaires récidivantes traitées par vulvectomie partielle. En 2015, un carcinome épidermoïde du canal anal HPV-induit a également été découvert.

Discussion

Dans la littérature, plusieurs études ont pour but de rechercher le virus HPV et des cellules anormales anales chez des patientes ayant des antécédents de dysplasies gynécologiques (Robinson et al. (2015); Park et al. (2009); Cronin et al. (2016)). Ces études montrent des prévalences de cytologies anales anormales de 7% à 41% et de présence anale du virus HPV de 20,8% à 50%. Une concordance de type d'HPV gynécologique et anal est retrouvée dans 74% des cas (Valari et al. (2011)).

Conclusion

Devant ces données, nous nous interrogeons sur une possible modification de nos pratiques lors de la découverte de lésions gynécologiques HPV-induites. Ce changement pourrait inclure une évaluation des pratiques sexuelles, la recherche anale du virus HPV, la réalisation de frottis anaux ou la réalisation d'anuscopies à titre systématique.

Avec le soutien de



www.sfcpcv.org



SFCPCV
Secrétariat C.ROY
1, rue Charles Péguy
94000 Créteil
Tél : 06 75 00 14 66
e-mail : secretariat.scr@psl.aphp.fr