

# Prise en charge colposcopique des résultats cytologiques et histologiques anormaux en ce qui concerne le col utérin

La présente directive clinique a été rédigée par le conseil exécutif de la Société canadienne des colposcopistes et approuvée par le comité sur les politiques et les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada / Société de gynéco-oncologie du Canada / Société canadienne des colposcopistes, le comité exécutif et le conseil d'administration de la Société de gynéco-oncologie du Canada, et le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEUR PRINCIPAL

James Bentley, MB ChB, Halifax (N.-É.)

## CONSEIL EXÉCUTIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES COLPOSCOPISTES

James Bentley, MB ChB, Halifax (N.-É.)

Monique Bertrand, MD, London (Ont.)

Lizabeth Brydon, MD, Regina (Sask.)

Hélène Gagné, MD, Ottawa (Ont.)

Brian Hauck, MD, Calgary (Alb.)

Marie-Hélène Mayrand, MD, Montréal (Québec)

Susan McFaul, MD, Ottawa (Ont.)

Patti Power, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Alexandra Schepansky, MD, Edmonton (Alb.)

Marina Straszak-Suri, MD, Ottawa (Ont.)

## COLLABORATEURS SPÉCIAUX

Terry Colgan, MD, Toronto (Ont.)

Laurette Geldenhuys, MD, Halifax (N.-É.)

Mark Heywood, MD, Vancouver (C.-B.)

Roberta Howlett, PhD, St. Thomas (Ont.)

Linda Kapusta, MD, Mississauga (Ont.)

Rachel Kupets, MD, Toronto (Ont.)

Joan Murphy, MD, Toronto (Ont.)

Jill Nation, MD, Calgary (Alb.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Michael Shier, MD, Toronto (Ont.)

Tous les auteurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

## Résumé

**Objectif :** Fournir une directive clinique traitant de la prise en charge des résultats cytologiques anormaux issus du dépistage du cancer du col utérin, clarifier les algorithmes appropriés aux fins du suivi à la suite du traitement et promouvoir l'offre des meilleurs soins possibles aux femmes tout en assurant une utilisation efficace des ressources disponibles.

**Issues :** Les femmes qui obtiennent des résultats cytologiques anormaux sont exposées à un risque de voir apparaître un cancer du col utérin; la mise en œuvre d'un triage et d'un traitement appropriés atténuera ce risque. La présente directive clinique facilitera la mise en œuvre de normes communes à la grandeur du Canada, et ce, en vue de contrer la tendance actuelle qui veut que chaque province et territoire formule ses propres lignes directrices.

**Résultats :** La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed ou Medline, CINAHL et *The Cochrane Library* en octobre 2008 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « colposcopy », « cervical dysplasia ») et de mots clés (p. ex. « colposcopy management », « CIN », « AGC », « cervical dysplasia », « LEEP », « LLETZ », « HPV testing », « cervical dysplasia triage ») appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs

**Mots clés :** Cervical cytology, cervical cancer, colposcopy, treatment, follow-up, abnormalities, guidelines

J Obstet Gynaecol Can 2012;34(12):1203-1206

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

## Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8.

randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date ou de langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en juillet 2012. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Les opinions de spécialistes issues de la littérature publiée soumise à l'examen collégial et les données issues d'essais cliniques sont résumées. Une opinion de consensus est présentée lorsque les données sont insuffisantes.

**Valeurs :** La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

**Validation :** La précision de la présente directive clinique a été analysée par des spécialistes œuvrant dans les domaines de la cytologie, de la pathologie et du dépistage cervical. Le contenu de la présente directive clinique a également été comparé à celui de documents similaires issus d'autres organisations, dont l'*American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*, la *British Society for Colposcopy and Cervical Pathology* et l'*European Cancer Network*.

### Recommandations

#### PRISE EN CHARGE DES ANOMALIES CYTOLOGIQUES

L'âge de la patiente peut affecter la prise en charge; là où cela s'avère pertinent, cet âge sera identifié dans la recommandation.

#### L'EXAMEN COLPOSCOPIQUE

1. L'utilisation de la terminologie définie par la *International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy* permet la meilleure description possible des constatations colposcopiques. (III-C)
2. Au moment de la colposcopie, deux échantillons biopsiques ou plus devraient être prélevés. (I-A)
3. Un curetage endocervical devrait être mené lorsque la zone de transformation n'est pas visible, en présence d'un frottis de Pap indiquant une AGC et chez les femmes de plus de 45 ans ayant obtenu des résultats cytologiques de haut grade. (II-2B)
4. La tenue systématique d'un dépistage du VPH-HR chez toutes les patientes orientées en colposcopie est déconseillée. (III-C)

#### PRISE EN CHARGE DES FEMMES QUI PRÉSENTENT UNE ASCUS OU UNE LSIL AU MOMENT D'ÊTRE ORIENTÉES EN COLPOSCOPIE

5. Une femme qui présente des résultats cytologiques positifs persistants indiquant la présence d'une ASCUS/LSIL ou d'une ASCUS VPH-HR devrait être orientée en colposcopie, conformément aux lignes directrices provinciales / territoriales. (III-A)
6. Toute lésion identifiée par colposcopie devrait faire l'objet d'une biopsie. (III-C)
7. Lorsque aucune lésion n'est identifiée au moment de la colposcopie, la tenue d'une biopsie aléatoire au sein de la zone de transformation devrait être envisagée. (III-C)

#### PRISE EN CHARGE DE L'ASC-H

8. Une femme ayant obtenu un résultat indiquant une ASC-H à la suite d'un frottis de Pap devrait faire l'objet d'une colposcopie en vue d'écarter la présence d'une CIN 2 ou 3 et/ou d'un cancer. (II-2A)

9. Des biopsies devraient être effectuées sur toutes les lésions identifiées par la coloscopie. (II-2A)
10. Lorsque l'on a obtenu un résultat indiquant une ASC-H à la suite d'un frottis de Pap, l'obtention d'un résultat coloscopique négatif ne justifie pas automatiquement la tenue d'une intervention excisionnelle diagnostique. (III-E)

#### PRISE EN CHARGE DE LA HSIL

11. Toutes les femmes ayant obtenu un résultat indiquant une HSIL devraient faire l'objet d'une coloscopie. (II-2A)
12. En l'absence d'une lésion identifiable au moment de la coloscopie, que celle-ci s'avère satisfaisante ou non, un curetage endocervical et des biopsies dirigées devraient être menés. (III-B)
13. Chez les femmes qui présentent une HSIL, lorsque la zone de transformation n'est pas visualisée de façon intégrale et que les résultats du curetage endocervical et/ou de la biopsie s'avèrent négatifs, la mise en œuvre d'une intervention excisionnelle diagnostique devrait être envisagée. (III-B)

#### PRISE EN CHARGE DES RÉSULTATS CYTOLOGIQUES INDIQUANT UNE ATYPIE GLANDULAIRE (AGC-NOS, AGC-N, AIS)

14. L'obtention de résultats indiquant une AGC à la suite d'un frottis de Pap justifie la tenue d'une coloscopie. (II-2A)
15. Toutes les femmes qui obtiennent des résultats indiquant une AGC à la suite d'un frottis de Pap devraient faire l'objet d'un curetage endocervical. Les femmes qui ont plus de 35 ans ou qui présentent des antécédents de saignements anormaux devraient faire l'objet d'un prélèvement endométrial. (II-2A)
16. Les femmes qui obtiennent des résultats indiquant une AGC-N à la suite d'un frottis de Pap, sans lésion identifiable au moment de la coloscopie, devraient subir une intervention excisionnelle diagnostique. (II-2A)

#### PRISE EN CHARGE DES RÉSULTATS CYTOLOGIQUES INDIQUANT UN CARCINOME MALPIGHIEN OU UN ADÉNOCARCINOME

17. Les femmes qui obtiennent un diagnostic cytologique semblant indiquer la présence d'un carcinome, avec ou sans lésion visible, devraient faire l'objet d'une coloscopie et de biopsies appropriées. (III-A)

#### PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTE AYANT OBTENU DES RÉSULTATS ANORMAUX AU DÉPISTAGE DU VPH ET DES RÉSULTATS CYTOLOGIQUES NORMAUX

18. Chez les femmes de moins de 30 ans, le dépistage cytologique ne devrait pas s'accompagner d'un dépistage du VPH-HR. (II-2E)
19. Les femmes de moins de 30 ans qui sont séropositives pour le VPH-HR et qui ont obtenu des résultats cytologiques normaux devraient faire l'objet d'un suivi conformément aux lignes directrices provinciales / territoriales; la tenue d'une coloscopie n'est pas requise. (III-B)
20. Les femmes de 30 ans ou plus qui obtiennent des résultats positifs au dépistage du VPH-HR et des résultats cytologiques négatifs devraient subir à nouveau un dépistage du VPH-HR et un dépistage cytologique à 12 mois. L'obtention de résultats positifs persistants au dépistage du VPH-HR justifie la tenue d'une coloscopie. (I-A)

#### PRISE EN CHARGE DES RÉSULTATS CYTOLOGIQUES ANORMAUX PENDANT LA GROSSESSE

21. Les femmes qui obtiennent des résultats de dépistage indiquant une ASC-US ou une LSIL pendant la grossesse devraient subir

à nouveau un dépistage cytologique trois mois à la suite de la fin de la grossesse. (III-B)

22. Les femmes enceintes qui présentent une HSIL, une ASC-H ou une AGC devraient être orientées en coloscopie dans un délai de quatre semaines. (III-B)
23. Au cours de la grossesse, la tenue d'un curetage endocervical devrait être évitée. (III-D)

#### PRISE EN CHARGE DES RÉSULTATS CYTOLOGIQUES ANORMAUX CHEZ LES FEMMES DE MOINS DE 21 ANS

24. Le dépistage cytologique ne devrait pas être mis en œuvre chez les femmes de moins de 21 ans. (II-2E)
25. Lorsque l'on procède à un dépistage chez une femme de moins de 21 ans et que l'on obtient des résultats indiquant une ASC-US ou une LSIL, la cytologie ne devrait être répétée que conformément aux lignes directrices provinciales ou territoriales. (III-B)
26. Une femme de moins de 21 ans ayant obtenu des résultats cytologiques indiquant une ASC-H, une HSIL ou une AGC devrait être orientée en coloscopie. (III-B)

#### PRISE EN CHARGE DES ANOMALIES HISTOLOGIQUES

##### Prise en charge de la CIN 1

27. La surveillance s'accompagnant d'une nouvelle évaluation à 12 mois par dépistage cytologique constitue l'option à privilégier dans le cas d'une CIN 1 dont la présence a été prouvée par biopsie (la tenue d'une coloscopie à 12 mois constitue une option acceptable). La prise en charge devrait s'effectuer en fonction des résultats cytologiques. (II-1B)
28. Dans le cas d'une patiente chez laquelle la présence d'une CIN 1 a été prouvée par biopsie à la suite de l'obtention de résultats indiquant une HSIL ou une AGC, la cytologie et l'histologie devraient être passées en revue, dans la mesure du possible. Lorsque la présence d'une disparité est confirmée, la tenue d'une biopsie excisionnelle pourrait être envisagée. (III-B)

##### Prise en charge de la CIN 2 ou 3 chez les femmes de 25 ans ou plus

29. La CIN 2 ou 3 devrait être traitée. Les interventions excisionnelles sont à privilégier dans les cas de CIN 3. (II-1A)
30. Les femmes qui présentent des marges positives devraient faire l'objet d'un suivi faisant appel à la coloscopie et à des biopsies dirigées et/ou à un curetage endocervical. Les cas de CIN 2 ou 3 récurrente ou persistante devraient être pris en charge au moyen d'interventions excisionnelles. (II-1B)

##### Prise en charge de la CIN 2 ou 3 chez les femmes de moins de 25 ans

31. On devrait demander au pathologiste de clarifier si la lésion constitue une CIN 2 ou une CIN 3. (III-B)
32. Chez les femmes de moins de 25 ans, la CIN 2 devrait faire l'objet d'une surveillance au moyen de coloscopies menées à intervalle de six mois, pendant une période pouvant atteindre jusqu'à 24 mois, avant que la mise en œuvre d'un traitement ne soit envisagée. (II-2B)
33. Chez les femmes de moins de 25 ans, la CIN 3 devrait être traitée. (III-B)

##### Prise en charge de l'adénocarcinome *in situ*

34. Lorsqu'un AIS est diagnostiqué, le traitement doit prendre la forme d'une intervention excisionnelle diagnostique ou de l'excision d'une zone de transformation de type 3. (II-2A)

35. Lorsque les marges s'avèrent positives à la suite d'une intervention excisionnelle diagnostique, une deuxième intervention excisionnelle devrait être pratiquée. (II-2A)
36. Si, à la suite d'un traitement visant l'AIS, la patiente ne souhaite plus connaître de grossesses, la tenue d'une hystérectomie devrait être envisagée. (III-B)
37. Lorsqu'un AIS est diagnostiqué à la suite de la tenue d'une LEEP en raison d'une CIN chez une femme souhaitant préserver sa fertilité et lorsque les marges sont négatives, il est inutile de procéder à une autre intervention excisionnelle diagnostique. (II-2E)

**Prise en charge des anomalies histologiques au cours de la grossesse**

38. Lorsque la présence d'une CIN 2 ou d'une CIN 3 est soupçonnée ou diagnostiquée pendant la grossesse, la tenue d'une deuxième colposcopie et la mise en œuvre d'un traitement devraient être différées jusqu'à 8-12 semaines à la suite de l'accouchement. (II-2A)

**Suivi post-traitement dans les cas de CIN 2 ou 3**

**L'une ou l'autre des options suivantes est acceptable :**

39. Les femmes devraient faire l'objet d'un suivi au moyen de dépistages cytologiques et colposcopiques tenus à deux reprises, à intervalle de six mois. Lorsque les résultats de la cytologie et, le cas échéant, des biopsies sont négatifs, les femmes peuvent revenir à un dépistage mené conformément aux lignes directrices provinciales / territoriales. (II-2B)
40. Le dépistage du VPH à six mois, mené conjointement avec un dépistage cytologique, s'avère acceptable. Lorsque ces deux dépistages donnent des résultats négatifs, les femmes peuvent revenir à un dépistage mené conformément aux lignes directrices provinciales / territoriales. (II-2B)

**Prise en charge des anomalies histologiques chez les femmes exposées à des risques élevés**

41. Les femmes immunodéprimées ne nécessitent pas un dépistage par colposcopie. (II-2D)

**TEMPS D'ATTENTE EN COLPOSCOPIE**

42. Les femmes qui présentent une ASC-H ou une AGC devraient faire l'objet d'une consultation en colposcopie dans les six semaines suivant l'orientation. (III-C)
43. Les femmes qui présentent une HSIL devraient, idéalement, faire l'objet d'une consultation en colposcopie dans les quatre semaines suivant l'orientation. (III-C)
44. Les femmes qui présentent un frottis de Pap semblent indiquer un carcinome devraient faire l'objet d'une consultation en colposcopie dans les deux semaines suivant l'orientation. (III-C)
45. Toutes les autres femmes présentant des résultats anormaux devraient faire l'objet d'une consultation en colposcopie dans les douze semaines suivant l'orientation. (III-C)