

FROTTIS CERVICO UTERINS: Interprétation des comptes rendus Conduite à tenir

Diaporama expert SPÉ
Soirées de formation ADOC 94
Campagne de dépistage organisé cancer du col de l'utérus

- **POURQUOI ?** Détecter stigmates cellulaires d'infection à HPV, et des précurseurs du cancer du col.
- **QUI ?** Toutes les femmes de 25 à 65 ans, en cas de dépistage organisé
Tous les 3 ans (après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle)
Signes cliniques (métrorragies provoquées, ...)

Et aussi en cas de :

GROSSESSE ?	OUI	Opportunité de consultation. Obligation légale de faire un FCU si pas à jour (loi HPST 2010)
VACCIN ?	OUI	Les vaccins ne protègent pas contre tous les types de virus
MENOPAUSE ?	OUI	Eventuellement après traitement œstrogénique local
VIH + ?	OUI	Infection à HPV plus fréquente

Après hystérectomie????

Après Hsub Totale ? OUI Col restant

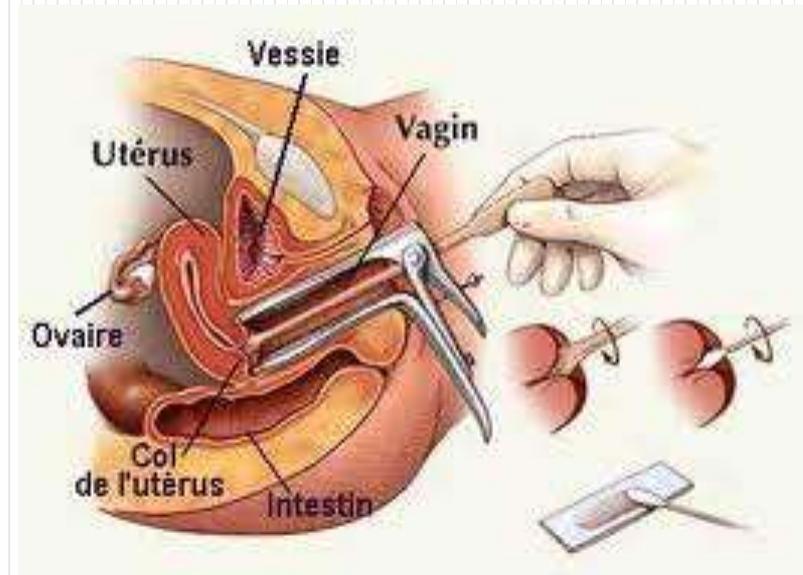
Après H Totale ? OUI Si ATCD de FCU pathologique: surveillance annuelle
 NON Si autre motif, et surveillance correcte antérieure

COMMENT ?

FCU conventionnel

FCU en phase liquide

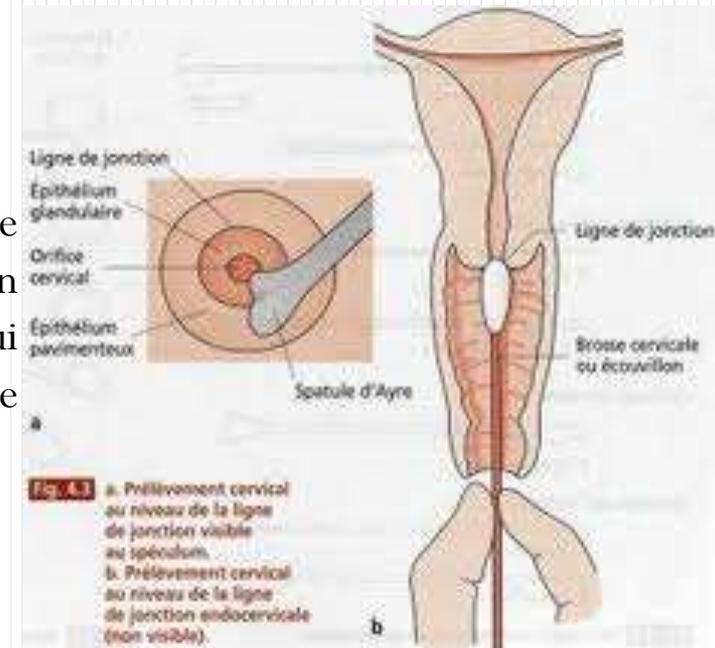
FCU conventionnel (ou selon Papanicolaou)



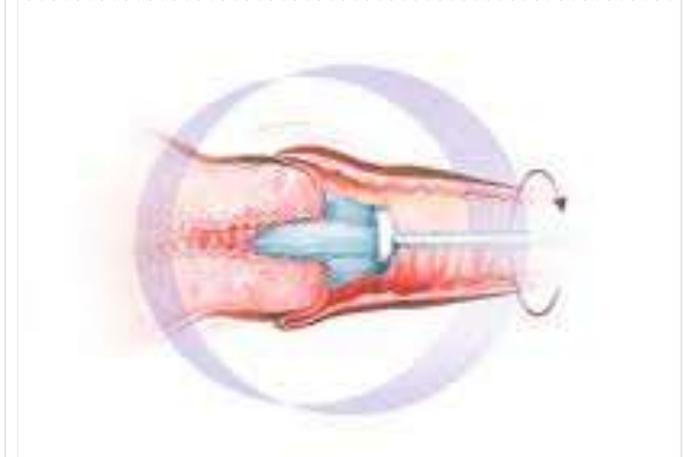
Il est recommandé d'utiliser une spatule d'Ayre associée à une brosse ou à un porte-coton, ou un Cervex Brush® ou une spatule d'Ayre modifiée qui permettent de prélever à la fois au niveau de l'orifice cervical externe et au niveau de l'endocol (grade A).

Le matériel prélevé est étalé de façon uniforme.

La fixation doit être réalisée immédiatement.



FCU en phase liquide



Le prélèvement, comme pour le frottis conventionnel, est fait avec un outil adapté.

Le matériel prélevé est mis en suspension dans le flacon qui contient le liquide de conservation. L'étalement n'est donc pas fait par le clinicien.

Conditions optimales du prélèvement d'un frottis du col de l'utérus

L'**amélioration de la qualité** des frottis du col de l'utérus implique le respect d'un certain nombre de recommandations :

- le frottis devrait être effectué
 - à distance des rapports sexuels (48 heures)
 - en dehors des périodes menstruelles, de toute thérapeutique locale ou d'infection
 - et si nécessaire après traitement œstrogénique chez la femme ménopausée ;
- il est important d'**expliquer** à la patiente le but de l'examen et la technique, et de la rassurer ;
- il faut **éviter** de faire le toucher vaginal avant le frottis et d'utiliser un lubrifiant ;
- le prélèvement doit concerner la **totalité** de l'orifice cervical externe et l'endocol.

Conditions optimales du prélèvement d'un frottis du col de l'utérus: La feuille de transmission

Avec le prélèvement, un document comprenant les renseignements cliniques suivants est adressé au laboratoire ou au cabinet de cytologie :

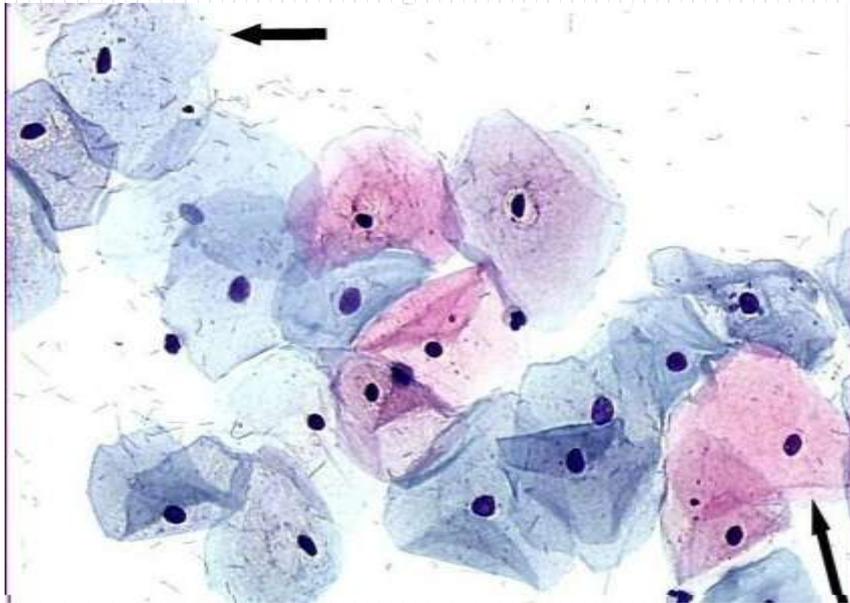
- le prénom et le nom de la patiente (nom de jeune fille) ;
- la date du prélèvement ;
- la date de naissance ;
- la **date des dernières règles** ou indiquer si la femme est **ménopausée** ;
- le **motif** de l'examen (dépistage, contrôle) ;
- les éventuels **antécédents** gynécologiques et thérapeutiques (traitement du col, chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie...) ;
- le type de **contraception** utilisée (contraception hormonale, dispositif intra-utérin).

- N° de sécurité sociale.....un plus pour l'ADOC!!!!

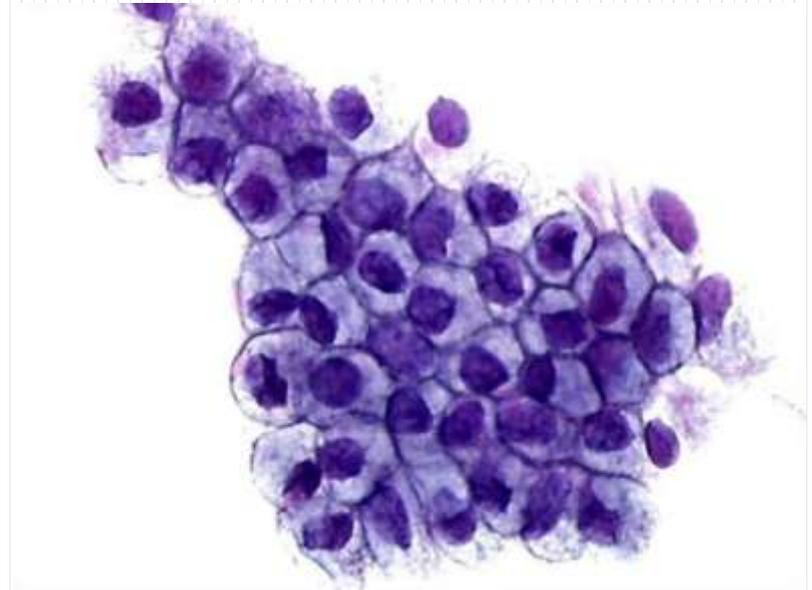
CYTOLOGIE :

le frottis

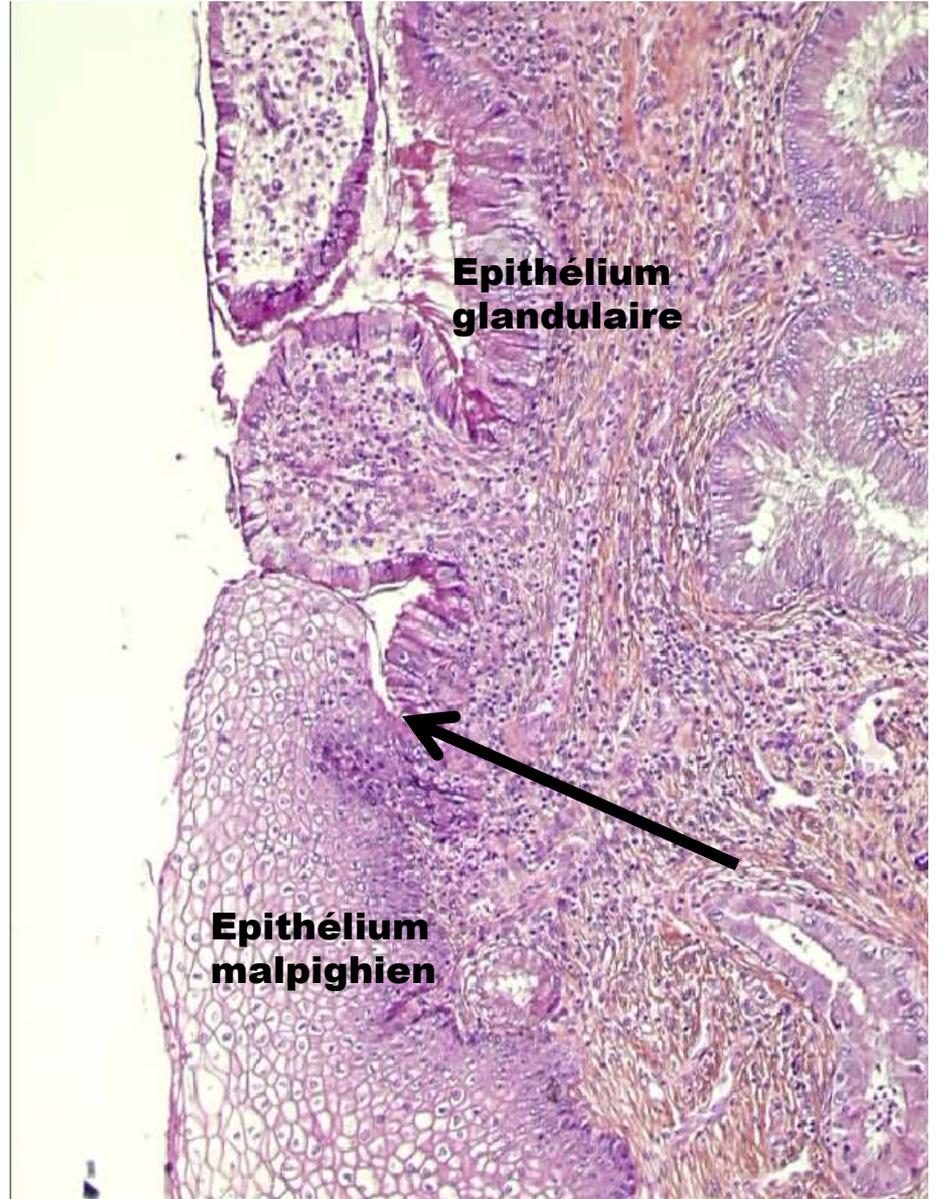
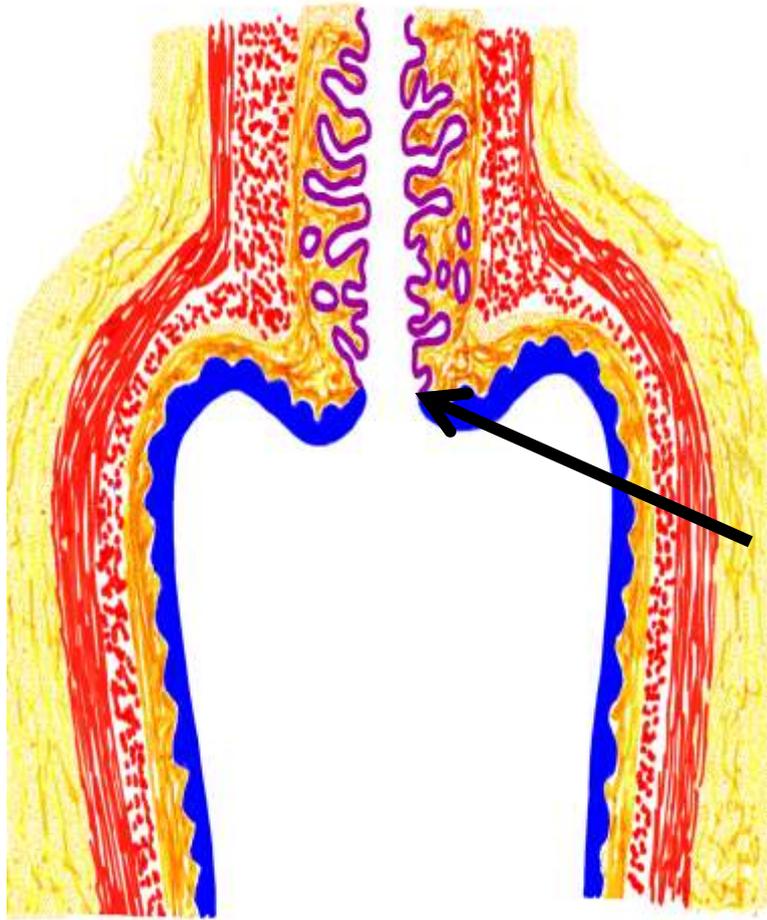
COL NORMAL



Cellules malpighiennes de l'exocol



Cellules glandulaires ou cylindriques de l'endocol



Epithélium glandulaire

Epithélium malpighien

La jonction??

Le Compte rendu cytologique doit être rédigé selon la terminologie et les recommandations de :

BETHESDA 2001

fondée sur un **consensus** d'experts mondiaux

Il s'applique quelle que soit la technique du frottis.

La classification de Papanicolaou doit être abandonnée car obsolète.

But : créer une terminologie : **précise, universelle, reproductible**

Selon la classification de Bethesda 2001, le compte rendu cytologique doit comporter 3 parties :

1) **TYPE de prélèvement :**

Frottis traditionnel, ou conventionnel, sur lame

Frottis en milieu liquide, ou en phase liquide, ou monocouche

2) **QUALITE du prélèvement :**

Satisfaisant pour évaluation :

avec cellules endocervicales ou jonctionnelles

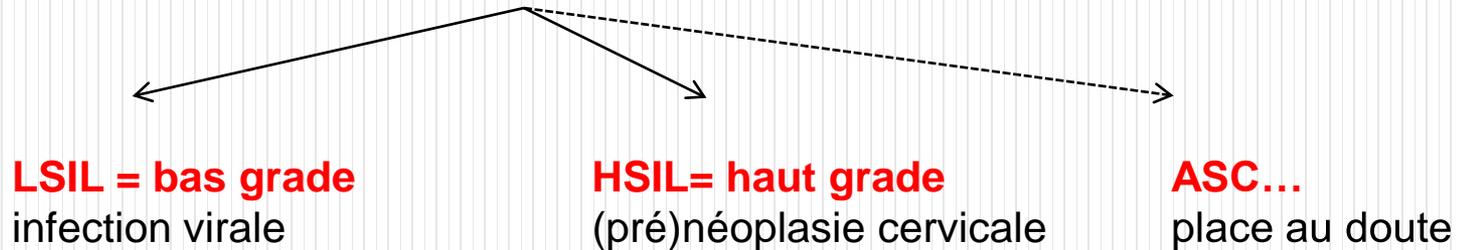
sans cellules endocervicales ou jonctionnelles (**FCU à refaire dans l'année**)

Non satisfaisant :

rejeté car parvenu cassé, non étiqueté, etc

examiné mais non satisfaisant car pauci cellulaire, ou trop hémorragique, ou trop inflammatoire, etc

3) INTERPRETATION / RESULTAT :



Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou pour la malignité (NIL/M)

Présence d'anomalies des cellules épithéliales: malpighiennes (LSIL; HSIL)

ou douteuses malpighiennes (ASC-US ; ASC-H) ou douteuses glandulaires : AGC

NIL/M

NEGATIF pour une lésion intra-épithéliale ou pour la malignité

NEGATIF pour une lésion intra-épithéliale ou pour la malignité= **NIL/M**.

S'il y a lieu le compte rendu précise :

* Présence de micro organismes :

Trichomonas vaginalis, éléments mycéliens évoquant un candida, modification de la flore évoquant une vaginose, bactéries de type actinomyces, modifications herpétiques.

* Modifications de différents types :

Réactionnelles, métaplasiques, inflammatoire, réparation, atrophiques, liées à une irradiation, en rapport avec un DIU, parakératose et hyperkératose.

Exemples :

Frottis inflammatoires

Frottis inflammatoires avec remaniement métaplasique malpighien

Remaniement cervical jonctionnel

Frottis inflammatoires avec présence d'éléments mycéliens évoquant un candida

etc

LSIL

Lésion malpighienne intra-épithéliale de BAS GRADE

Lésion malpighienne intra-épithéliale de **BAS GRADE= LSIL**.

2% des FCU

Des critères précis existent

Un typage HPV oncogène n'est pas indiqué car positif dans 80 % des cas

2 options EN FONCTION DU CONTEXTE:

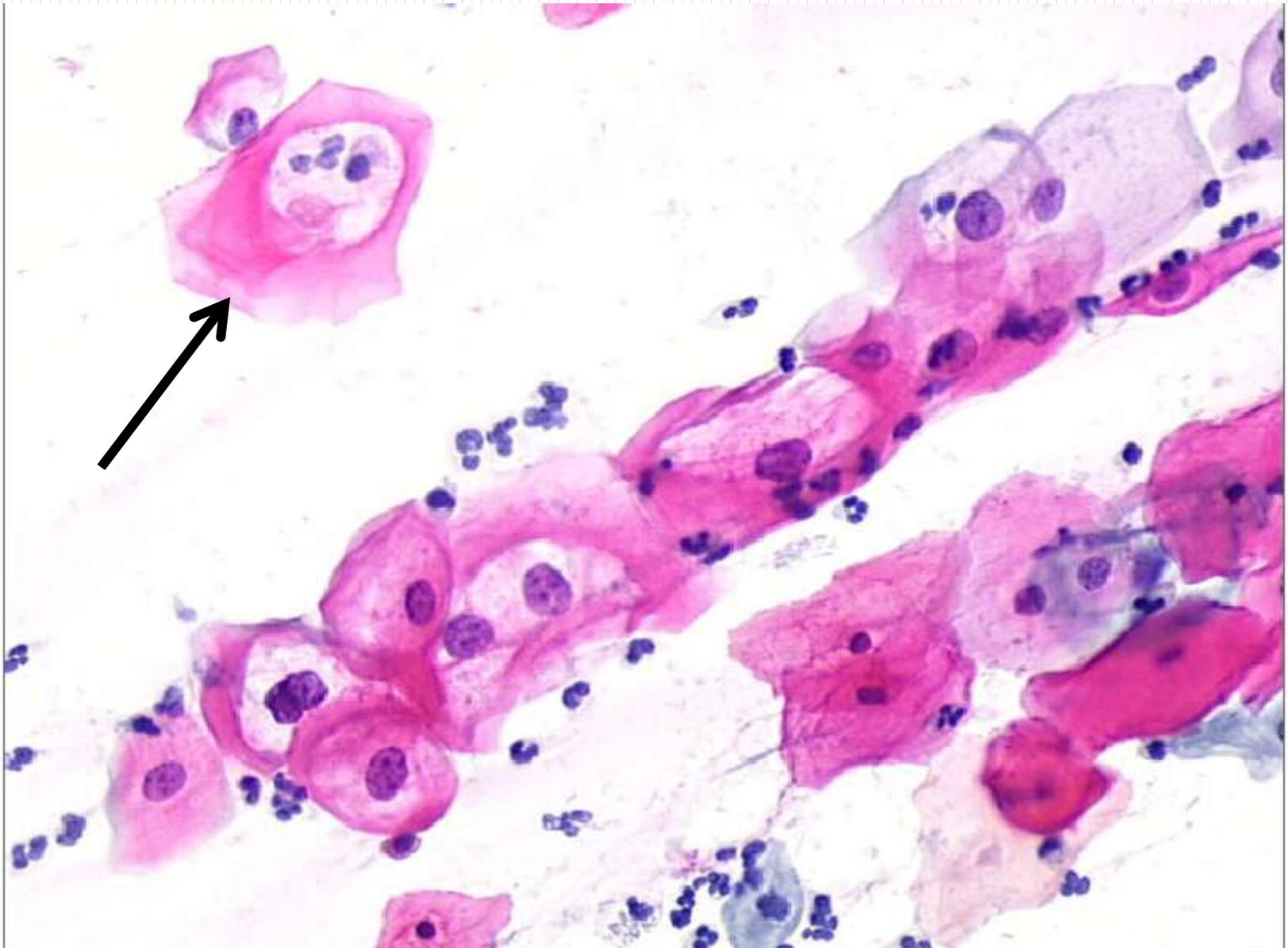
1) FCU de contrôle à 4-6 mois.

Si négatif: surveillance à 6 mois puis 1 an

Si persistance de la lésion: colposcopie / biopsie

2) Colposcopie / biopsie d'emblée

Dans 25 % des LSIL, la biopsie retrouve un CIN 3



HSIL

Lésion malpighienne intra-épithéliale de HAUT GRADE

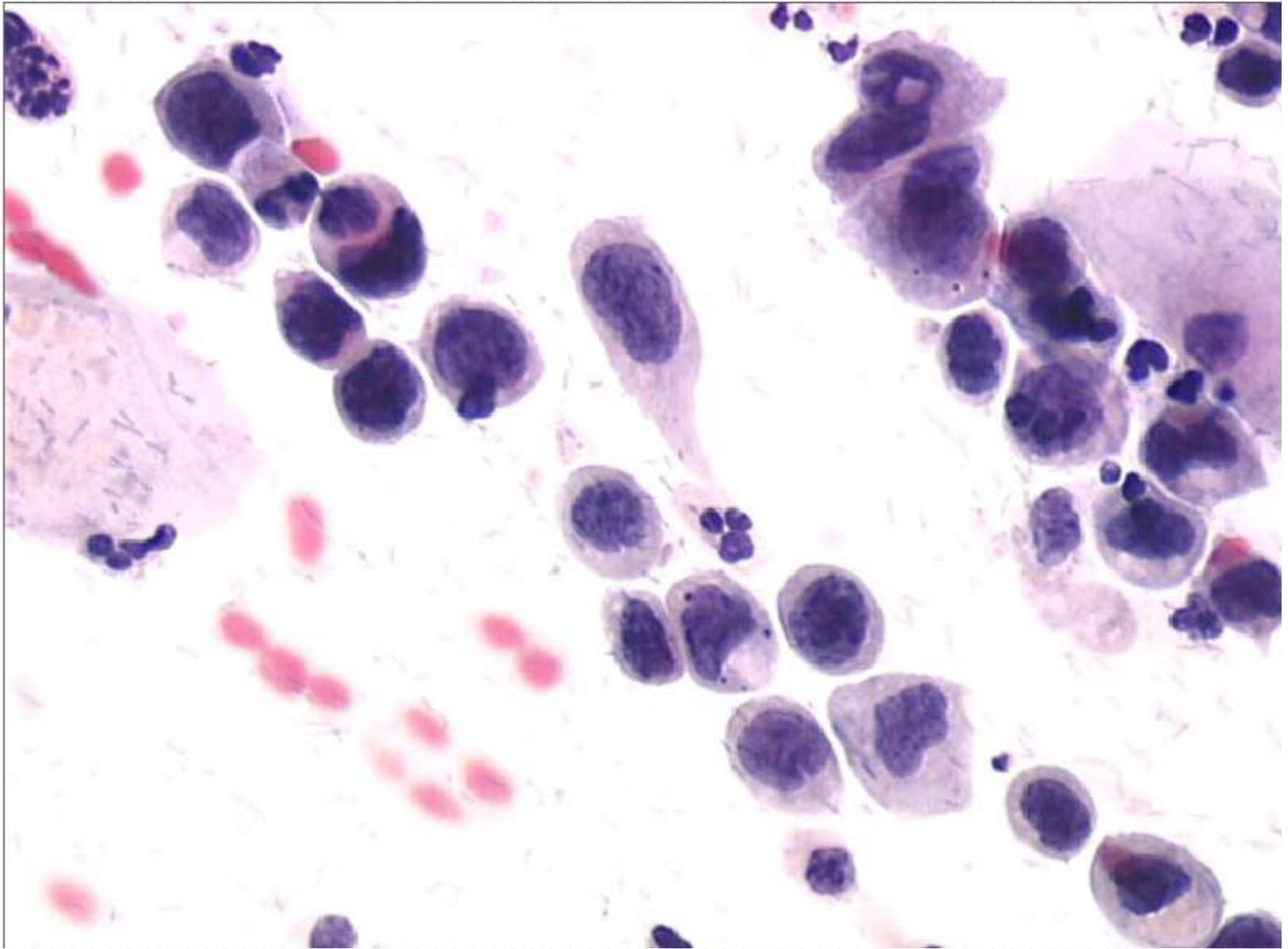
Lésion malpighienne intra-épithéliale de **HAUT GRADE= HSIL**

des critères précis existent

Conduite à tenir :

Colposcopie / biopsie **d'emblée**

« Il est inutile et dangereux de refaire un second frottis à cause du risque de méconnaître une lésion plus grave et de la laisser évoluer vers l'invasion (grade B). »



ASC

Les lésions DOUTEUSES

Les lésions **DOUTEUSES = ASC**. Évoquant une lésion intra-épithéliale sans pouvoir l'affirmer.

1) ASC de signification indéterminée : **ASC-US**.

Remarques :
2 à 4 % des FCU
50 % des ASCUS sont HPV HR + (haut risque)
12 % des ASCUS correspondent à un CIN 3 à la biopsie

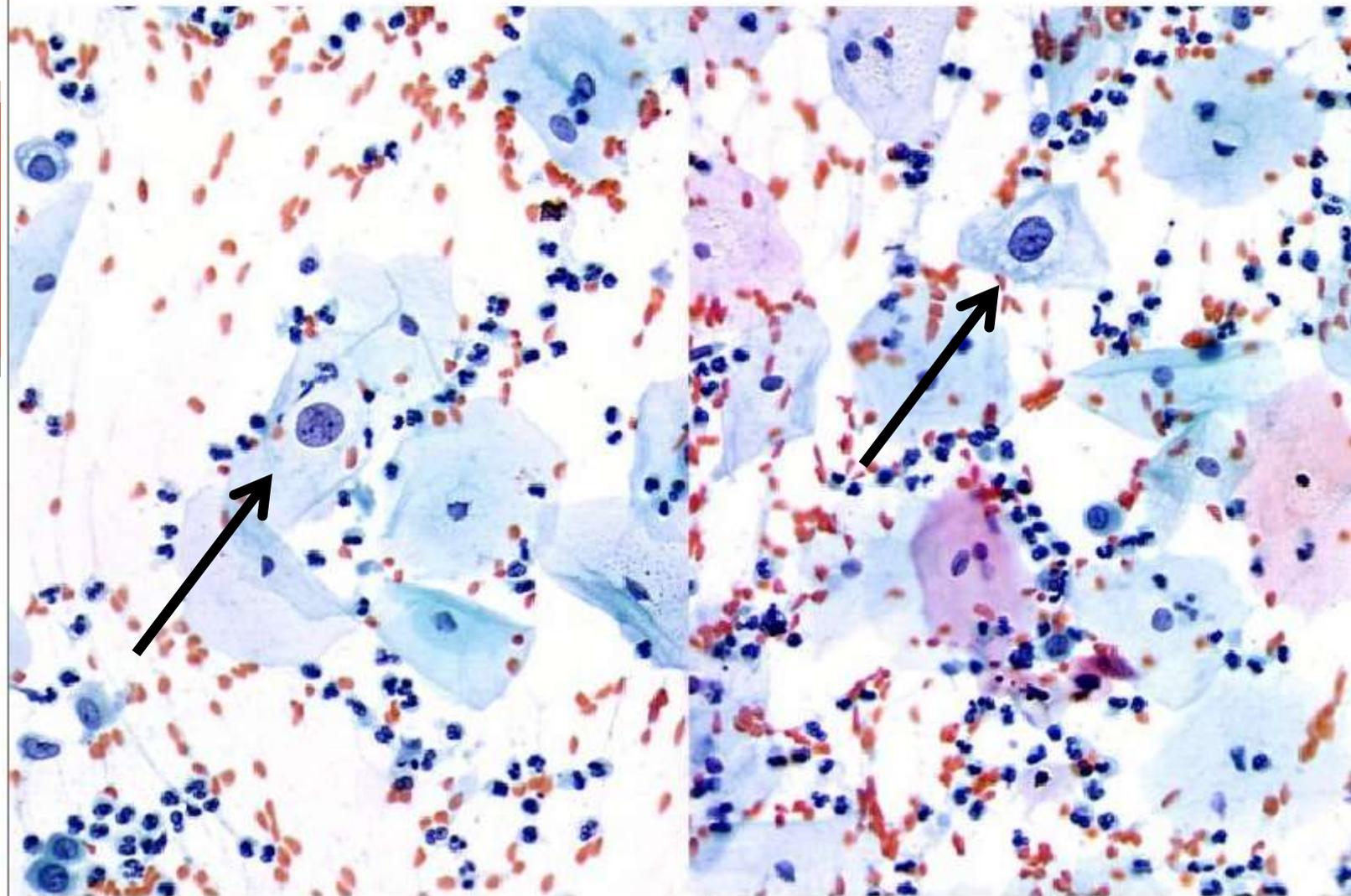
Conduite à tenir :

3 options :

- 1) FCU de contrôle à 6 mois
Si négatif, contrôle à 1 an
Si persistance d'une anomalie : colposcopie / biopsie
- 2) **Typage HPV oncogène à haut risque: REMBOURSÉ dans cette indication**
Si absence, contrôle FCU à 1 an
Si présence, colposcopie / biopsie
- (3) Colposcopie / biopsie immédiate)

2) ASC ne permettant pas d'éliminer une lésion de haut grade : **ASC-H** (40% CIN2+)

Conduite à tenir : Colposcopie / biopsie d'emblée

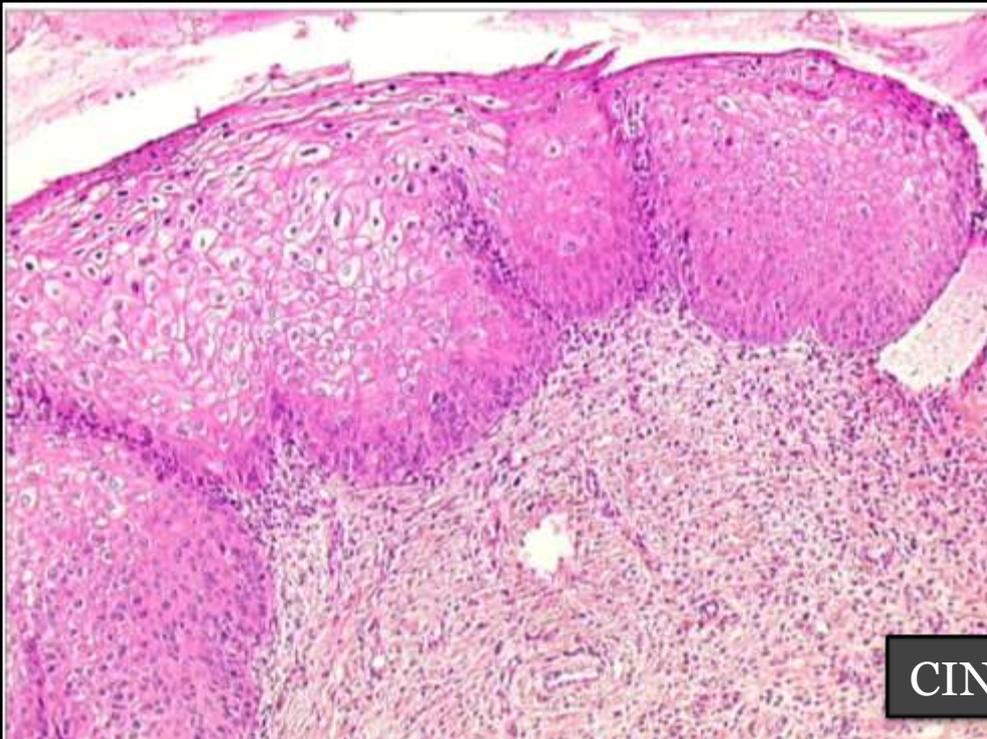


A

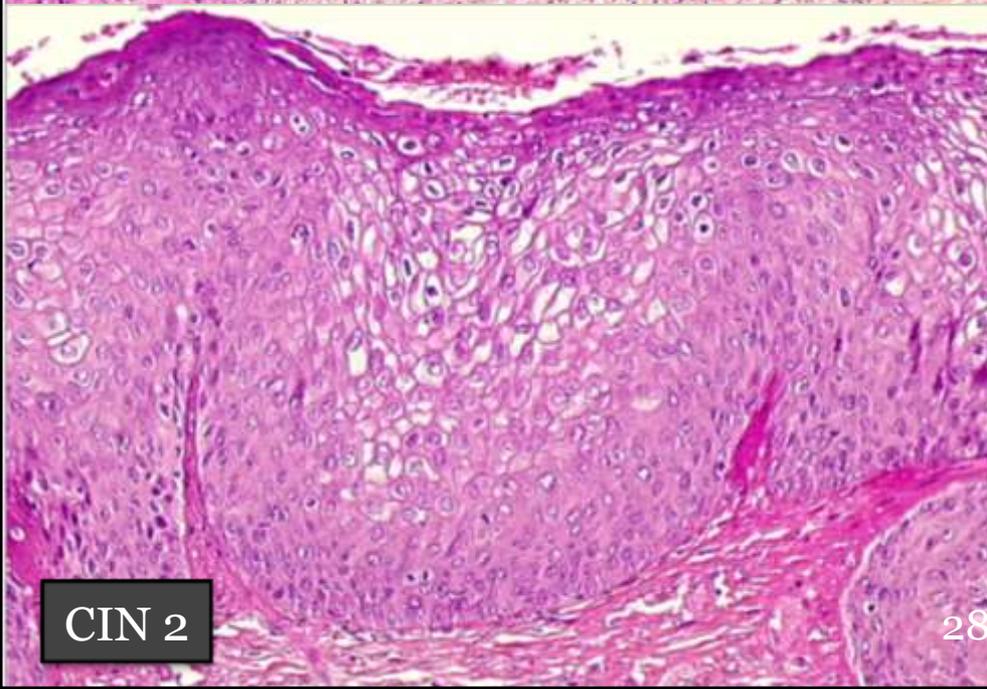
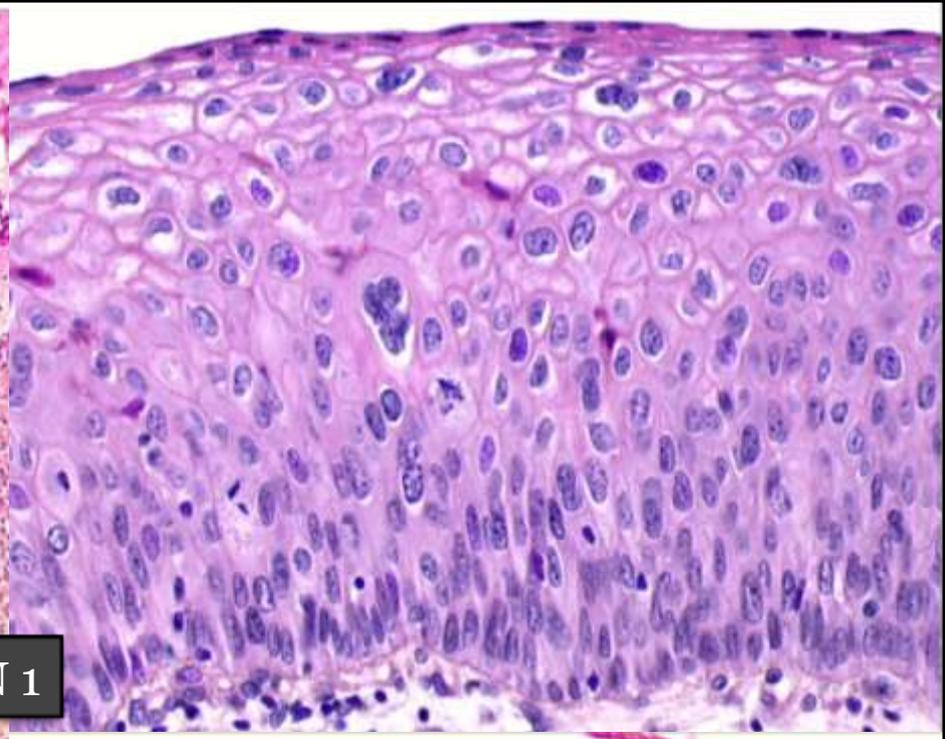
B

HISTOLOGIE :

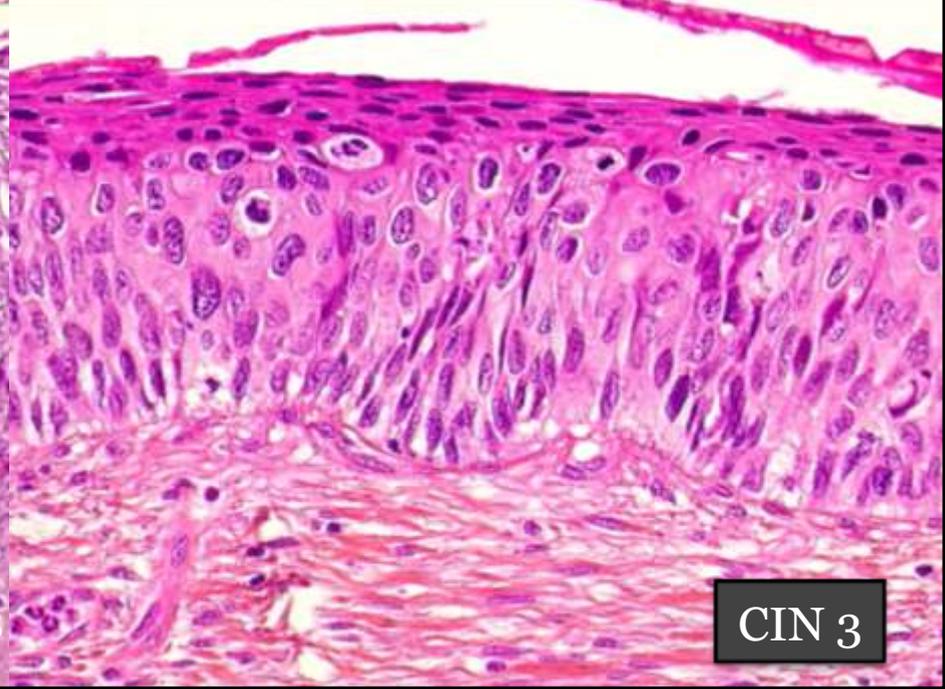
la biopsie du col



CIN 1

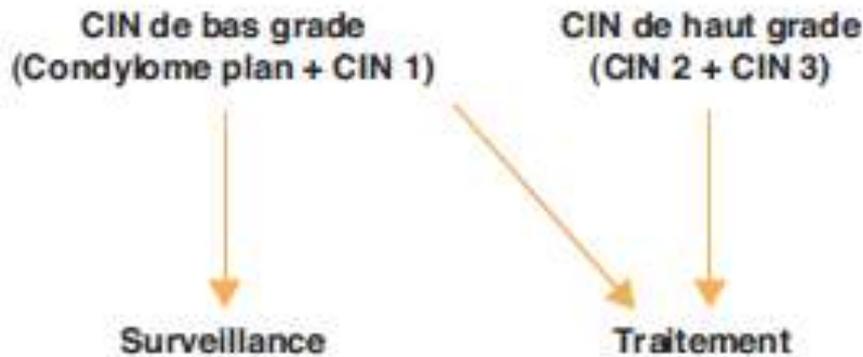


CIN 2



CIN 3

TRAITEMENT DES LESIONS HISTOLOGIQUES:



CIN 1

Surveillance/ FCU à 1 an
sauf difficultés de suivi ou contexte
(évaluation de la lésion/
profil psychologique de la patiente)

CIN 2/CIN 3

TRAITEMENT/**conisation**
sauf contexte
Puis surveillance annuelle/FCU