



DÉPISTAGE DU CANCER DU COL

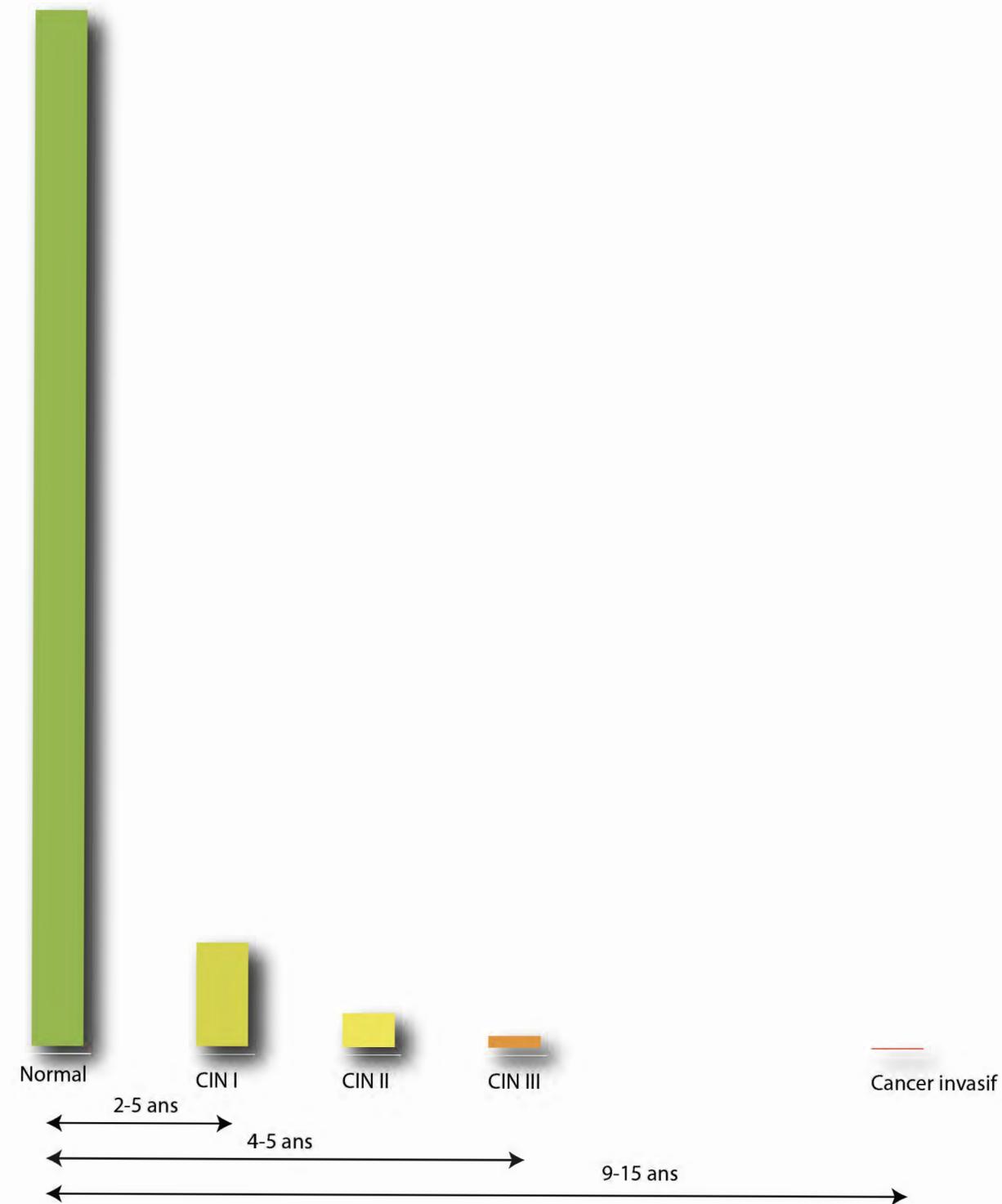
Perspectives

Parlez à vos patientes du programme
de Dépistage Organisé du Cancer

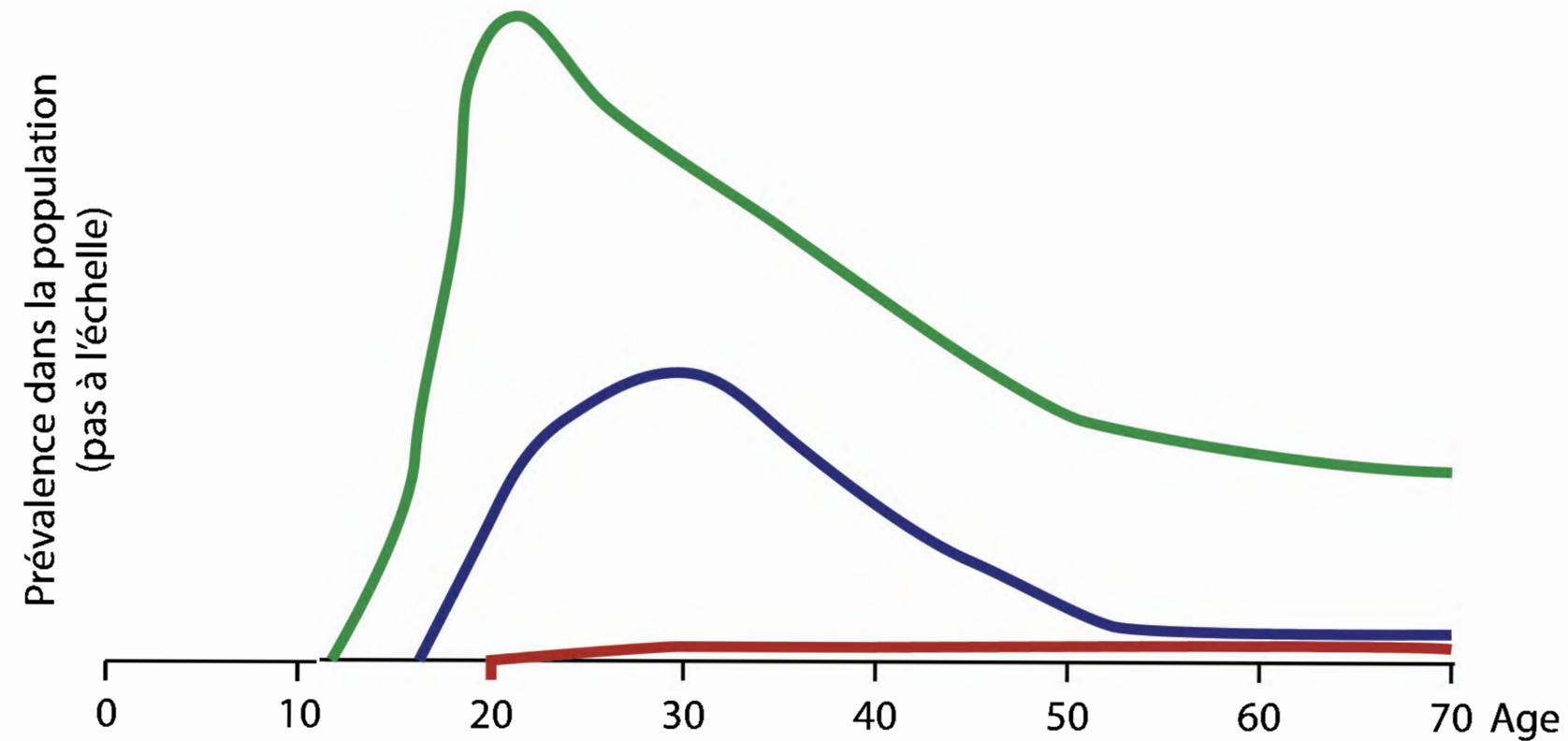
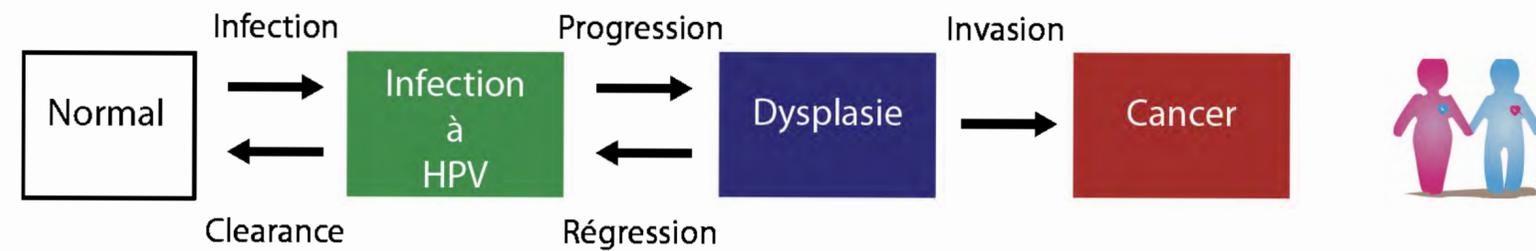
POURQUOI

Cancer lent adapté au dépistage

50 % des femmes ayant un cancer invasif ne sont pas suivies...

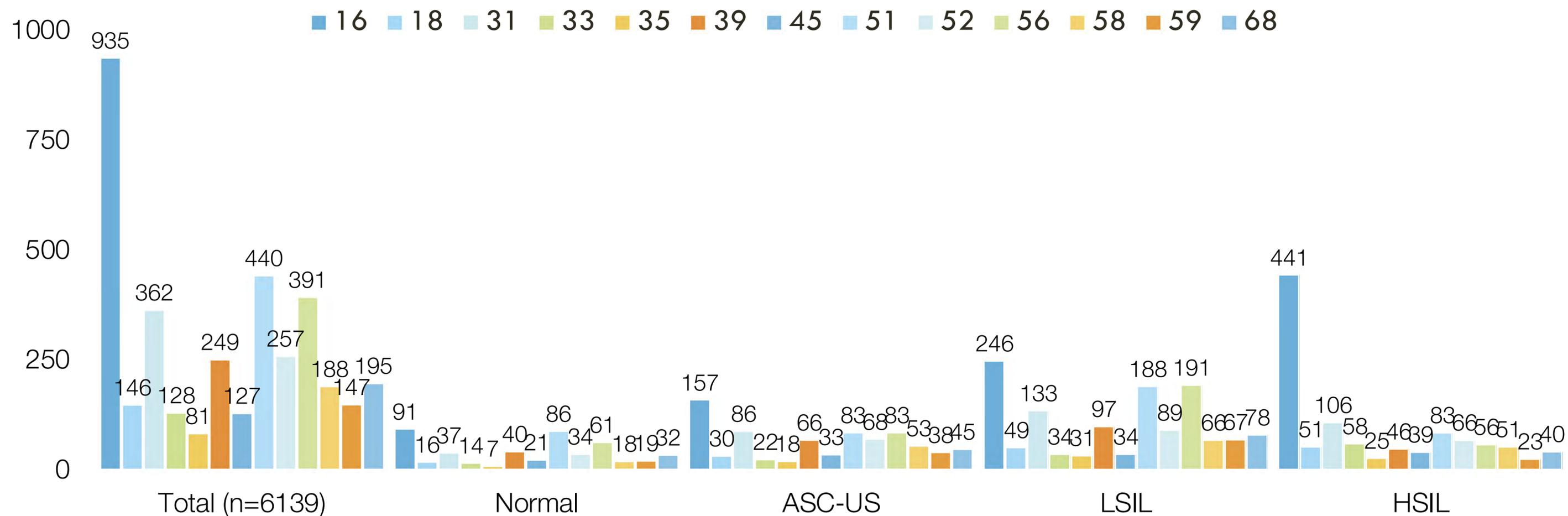


DYSPLASIE N'EST PAS CANCER : CHAQUE ÂGE SES PROBLÈMES...



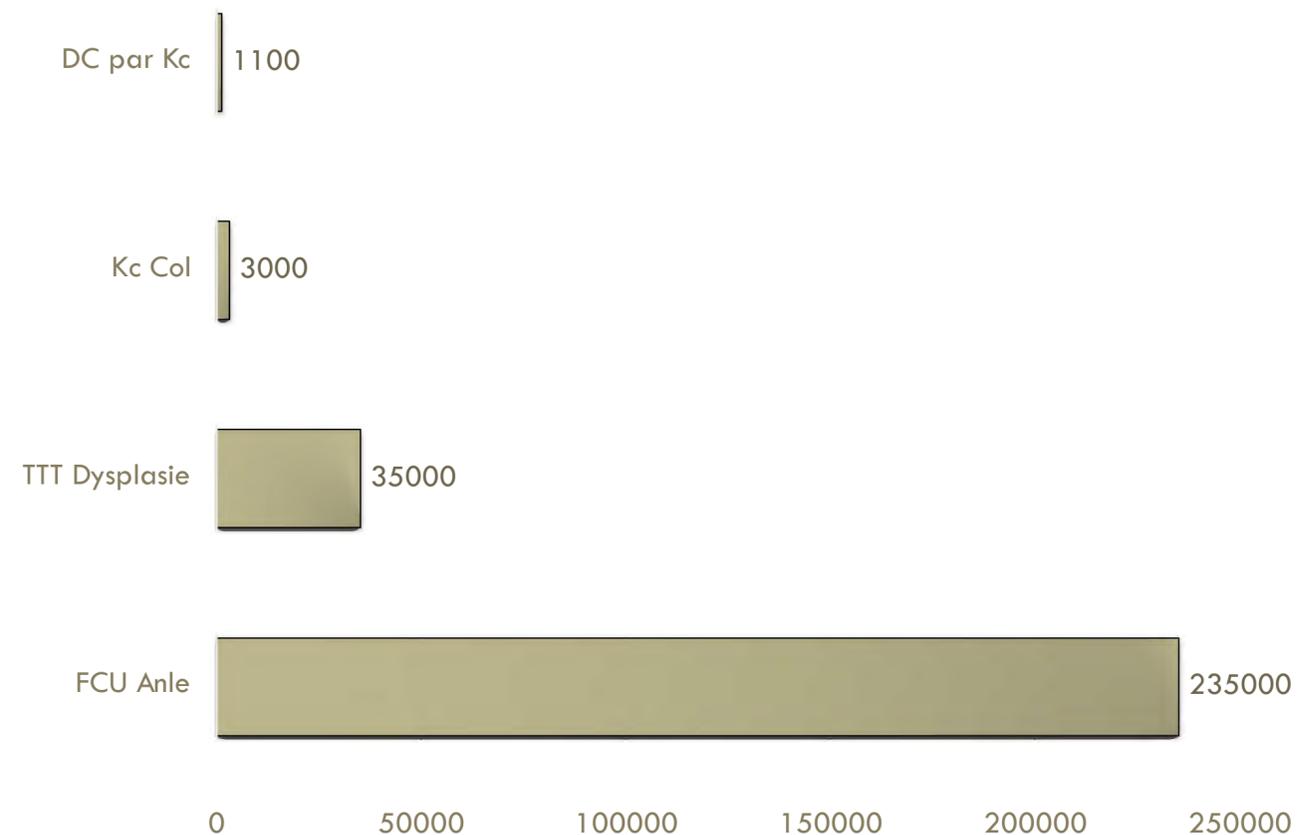
D'après Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med. 2005;353(20):2101-4.

ETAT DES LIEUX EN FRANCE EN 2009



RAPPELS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Nombre de cas par an en France



Quelques chiffres

Age moyen du diagnostic : 51 ans

Taux de survie à 5 ans : 62 %

Age moyen du décès : 64 ans

MISE EN PERSPECTIVE

Sous-titre

**LE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU COL DE L'UTÉRUS,
À PARTIR DE 25 ANS,
UN TEST TOUS LES
3 ANS**

LE DÉPISTAGE EN PRATIQUE

17 millions de femmes

- Asymptomatiques
- De 25 à 65 ans inclus

Cytologie cervico-utérine tous les 3 ans

- Après 2 prélèvements normaux à un an d'intervalle

Dépistage HPV HR tous les 5 ans à partir de 30 ans

Mode de prélèvement :

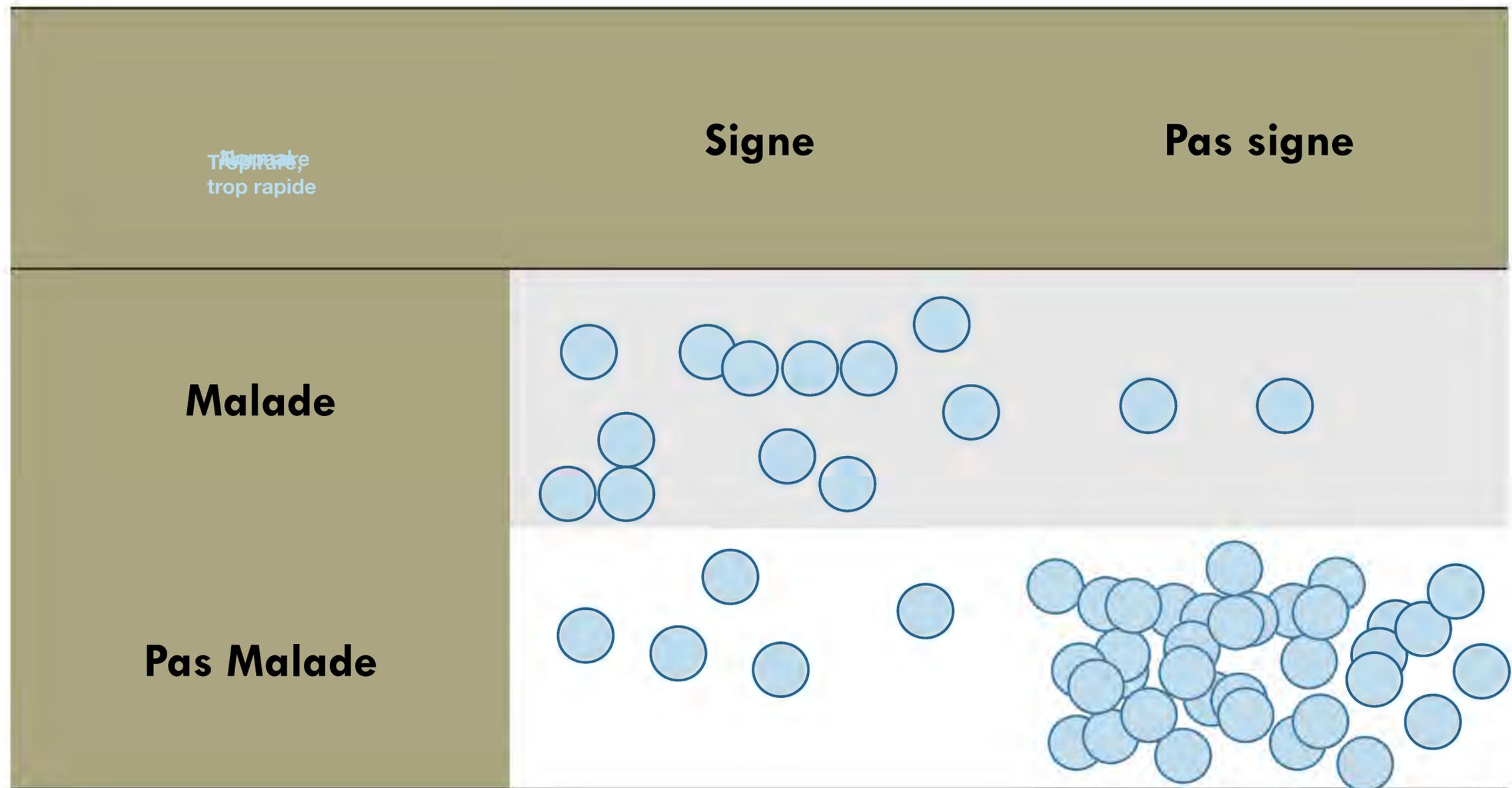
- Professionnalisé Médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes
- Par autoprélèvement à partir de 30 ans pour le HPV

PLUS N'EST PAS MIEUX

Dépistage Néerlandais aussi efficace (30 à 60 ans tous les 5 ans...) que le dépistage US plus extensif et rapproché !

Habbema D, De Kok IM, Brown ML. Cervical cancer screening in the United States and the Netherlands: a tale of two countries. *Milbank Q* 90:5, 2012.

POURQUOI 25 ANS



SAUF HIV ET CERTAINES PERSONNES IMMUNODÉPRIMÉES

Recommandations

FCU chez les personnes de moins de 30 ans

Co-testing préférable si > 30 ans HPV + FCU

Si cytologie seule => tous les ans pendant 3 ans

- Puis tous les 3 ans

Si cotesting négatif

- Répéter tous les 3 ans

Si greffe organe solide avant 21 ans => dépistage dans l'année suivant les premiers rapports

Continuer les dépistages toute la vie de la personne (même si > 65 ans)

- Arrêt à envisager en fonction de la qualité de vie et de la durée de vie attendue plus que de l'âge

Pathologies nécessitant un suivi particulier

HIV

Greffe d'organes solides

Greffe de moelle osseuse

Femmes sous immunosuppresseurs pour les pathologies suivantes :

- Maladie inflammatoires digestives (Crohn, RCH)
- Polyarthrite rhumatoïde

Lupus érythémateux systémique

PENDANT LA GROSSESSE ?

2-7 % de frottis anormaux en cours de grossesse [Stonehocker]

- 1,5 – 12 / 100000 cancer du col en cours de grossesse

Gestes contre-indiqués (sauf suspicion de cancer)

- Curetage endocervical
- Biopsie cervicale

Risque de progression faible (identique à la population générale).

Colposcopie plus difficile (hyperhémie du col, ectropion...)

Surveillance possible dans le post-partum [Perkins]

AUGMENTER LE TAUX DE COUVERTURE

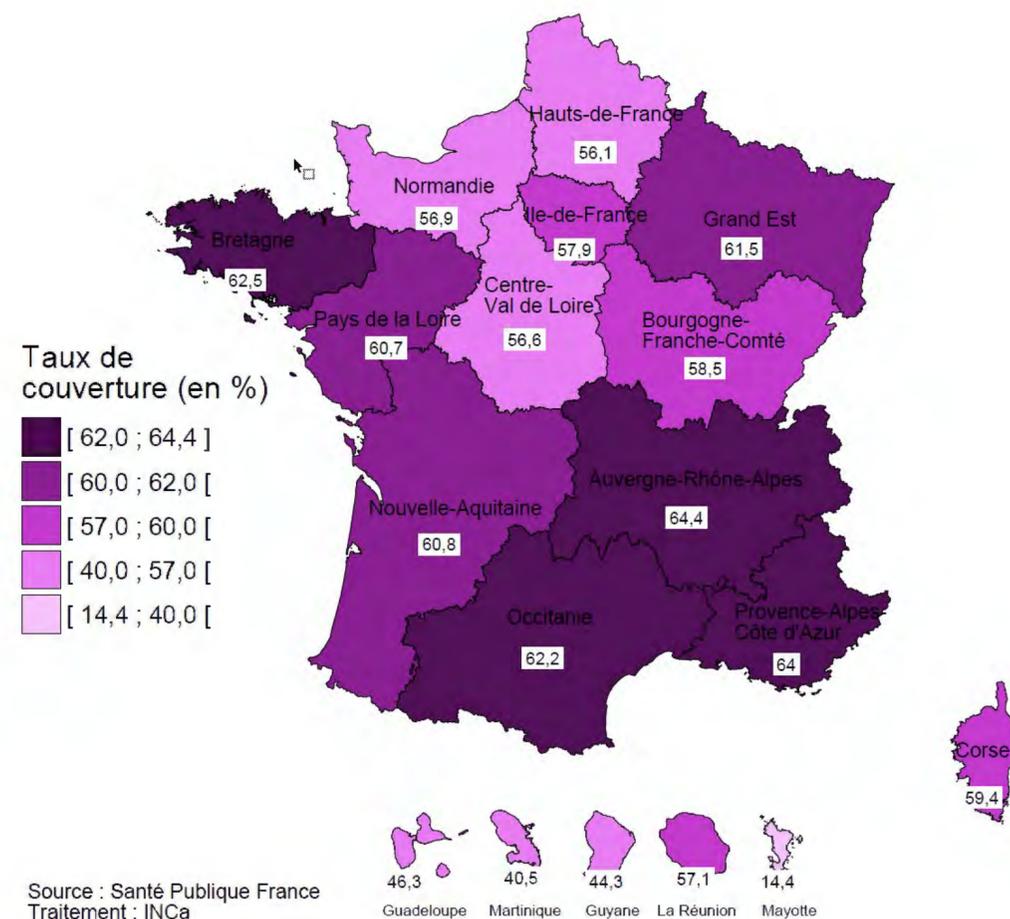
Pour quoi faire...

**LE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU COL DE L'UTÉRUS,
À PARTIR DE 25 ANS,
UN TEST TOUS LES
3 ANS**

UN TAUX DE COUVERTURE PERFECTIBLE

Taux de couverture du frottis cervico-utérin
des femmes de 25-65 ans, données 2015-2017

Taux de participation spontané de 60 %.



FREINS CONNUS À LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE

Freins liés à la femme

Oblitération du risque

- Ne se sentent pas concernée
- Pensent ne plus être à risque (ménopause)

Caractère intrusif de l'examen

- Embarrassant, angoissant, incofortable, douloureux
- +/- majoré si homme

Méconnaissance du cancer du col

- Ignore les risques
- Ignore avantages du dépistage

Freins liés à l'accès au dépistage

Démographie médicale

- Couverture suffisante = 3 gynéco / 10 000 femmes
- Soit 19 départements en 2010

Difficultés socio-économiques

- Avance de frais
- Dépassement d'honoraires

Accessibilité dans le temps

- Délai d'attente consultation

PROJECTION SUR ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

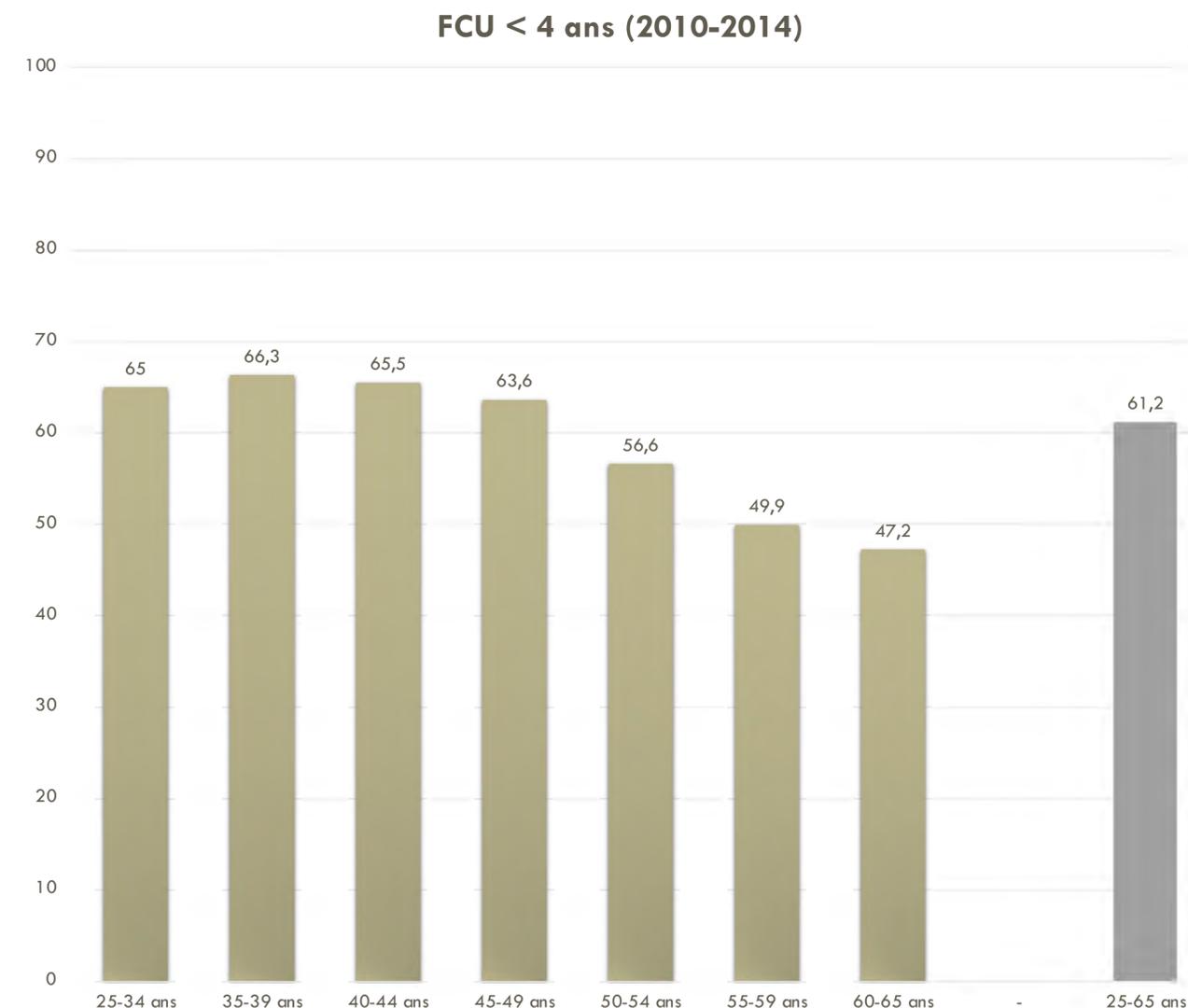
/!\ ANGELISME

Taux de survie de 68 % de 2005/2010
à 62 % de 1989 à 1993

- Mais moins de cancers (dépistage ?)
- Moins bon pronostic si cancer
- Donc diminution des cancers de bon pronostic (dépistage ?)

Objectif : 80 % dépistage en 2028

- Pour diminution mortalité 30 %
- Mais changement de l'épidémiologie du cancer à HPV (ORL...)
- Impact des campagnes de vaccination ?



Anatomical models of a human mouth and ear. The mouth model on the left shows the tongue and teeth. The ear model on the right shows the ear canal and eardrum. The background is a dark teal color.

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL

Mise en œuvre et évaluation

MISE EN OEUVRE

Confiée au centre régional de coordination des dépistages des cancers

- Constitution des fichiers
- Gestion des invitations
- Suivi des femmes présentant une cytologie anormale
- Recueil des données permettant l'évaluation

Interlocuteur des praticiens

- Coordonne l'information
- Diffuse les référentiels nationaux
- Propose des actions de formation

UNE INFORMATION ÉCLAIRÉE

Claire et objective

- Avantages, limites, conséquences des traitements éventuels si résultat anormal

Site spécifique INCa

- Pourquoi se faire dépister ?
- Le programme national de dépistage
- Vos questions sur le HPV
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique.
- Êtes-vous concernée ?
- A qui vous adresser.

DES AIDES POUR LE PRATICIEN VERS LA FEMME

Recommandations de l'INCa

Informez les femmes sur le programme de dépistage organisé.

Informez les femmes sur le traitement de leurs données à caractère personnel et sur leur droit d'opposition.

Permettez aux femmes d'exercer leur droit d'opposition à la transmission de leurs résultats au CRCDC.

Dépliant dépistage du cancer du col

90% DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS.

En France, plus de 10 millions de femmes se font dépister régulièrement. Et vous ?

Pour en savoir plus, parlez-en avec votre médecin ou votre sage-femme ou rendez-vous sur e-cancer.fr.

PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

MON GUIDE PRATIQUE

"Je ne pensais pas que si jeune je pouvais avoir un cancer. Je pense que ce test m'a sauvée."
Fanny, 29 ans

"À mon âge, je ne pensais vraiment plus être à risque, j'ai bien fait de faire ce dépistage."
Hélène, 64 ans

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination Régionale

L'Assurance Maladie

DES AIDES POUR LE PRATICIEN SUR LE PROGRAMME

Une page spécifique professionnels de santé

Objectifs

Mise en œuvre

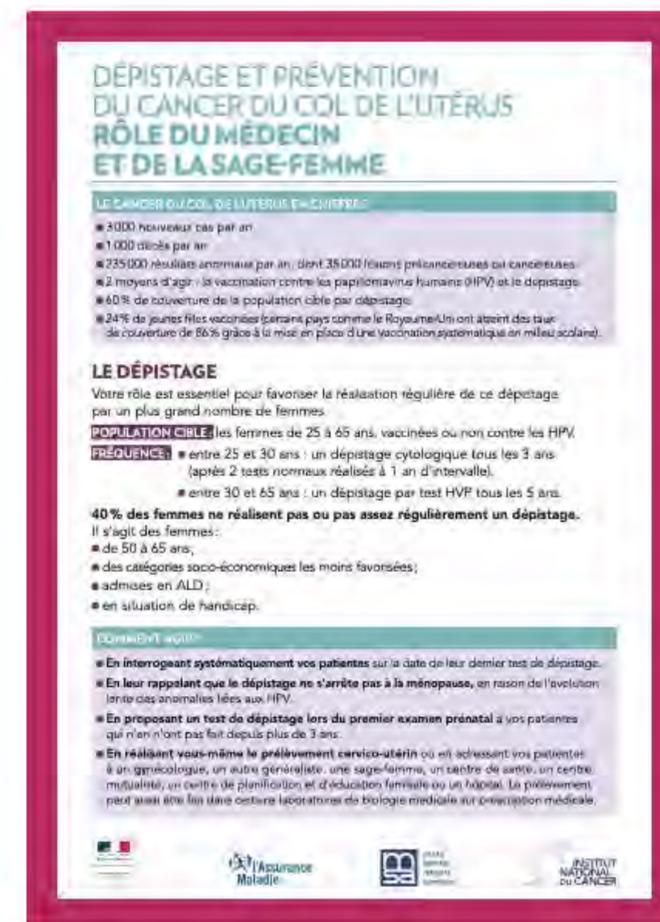
- Coordonnées des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

Population cible

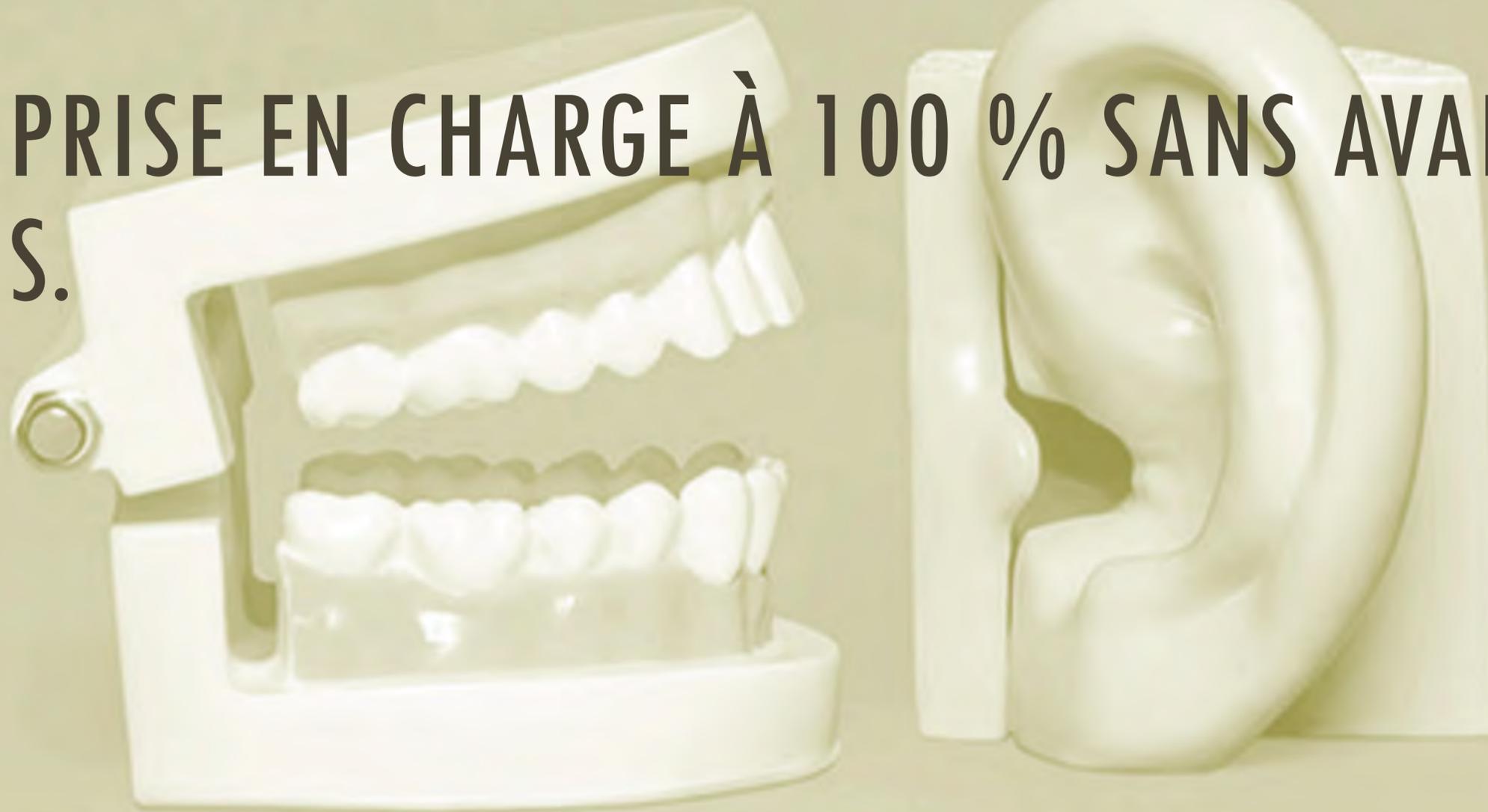
Résultats

Documents à télécharger

Une fiche praticien résumée



UNE PRISE EN CHARGE À 100 % SANS AVANCE DE FRAIS.



Par l'assurance maladie si indication (âge, délai...)

Parlez à vos patientes du programme de Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus pour lutter contre ce cancer.

DEUX MODES DE PARTICIPATION

Participation spontanée

Peuvent rejoindre le programme sur proposition du praticien

Précisent si elles s'opposent à la transmission des résultats

- En vue de l'évaluation du programme

Participation après invitation

Invitation si dépistage > 3 ans

Si non réalisation : relance à 12 mois

Consentement à l'évaluation du programme

RECOMMANDATION INCA FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN

Identification préleveur

Identification prescripteur

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom(s)

Date de naissance

Numéro sécurité sociale

Adresse complète de la femme

Date du prélèvement

Type de prélèvement

- Conventionnel (nb lames)
- Milieu liquide

Localisation du prélèvement

Date des dernières règles, grossesse, post-partum, ménopause

Type de contraception utilisée

- hormonale,
- DIU

RECOMMANDATION INCA FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN

Eventuels antécédents gynécologiques et thérapeutiques

- Traitement du col
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Radiothérapie

Statut vaccinal anti-HPV

- Oui/non/inconnu
- Si oui 1 dose / 2 doses ou + / Inconnu

Antécédent de lésion cancéreuse ou précancéreuse du col utérin, recherche virus HPV, hystérectomie...

Information sur les gestes techniques ou traitement réalisés

- Acide acétique
- Frottis hors condition optimales chez femmes sans suivi gynécologique régulier

Opposition femme transmission des résultats (case à cocher)

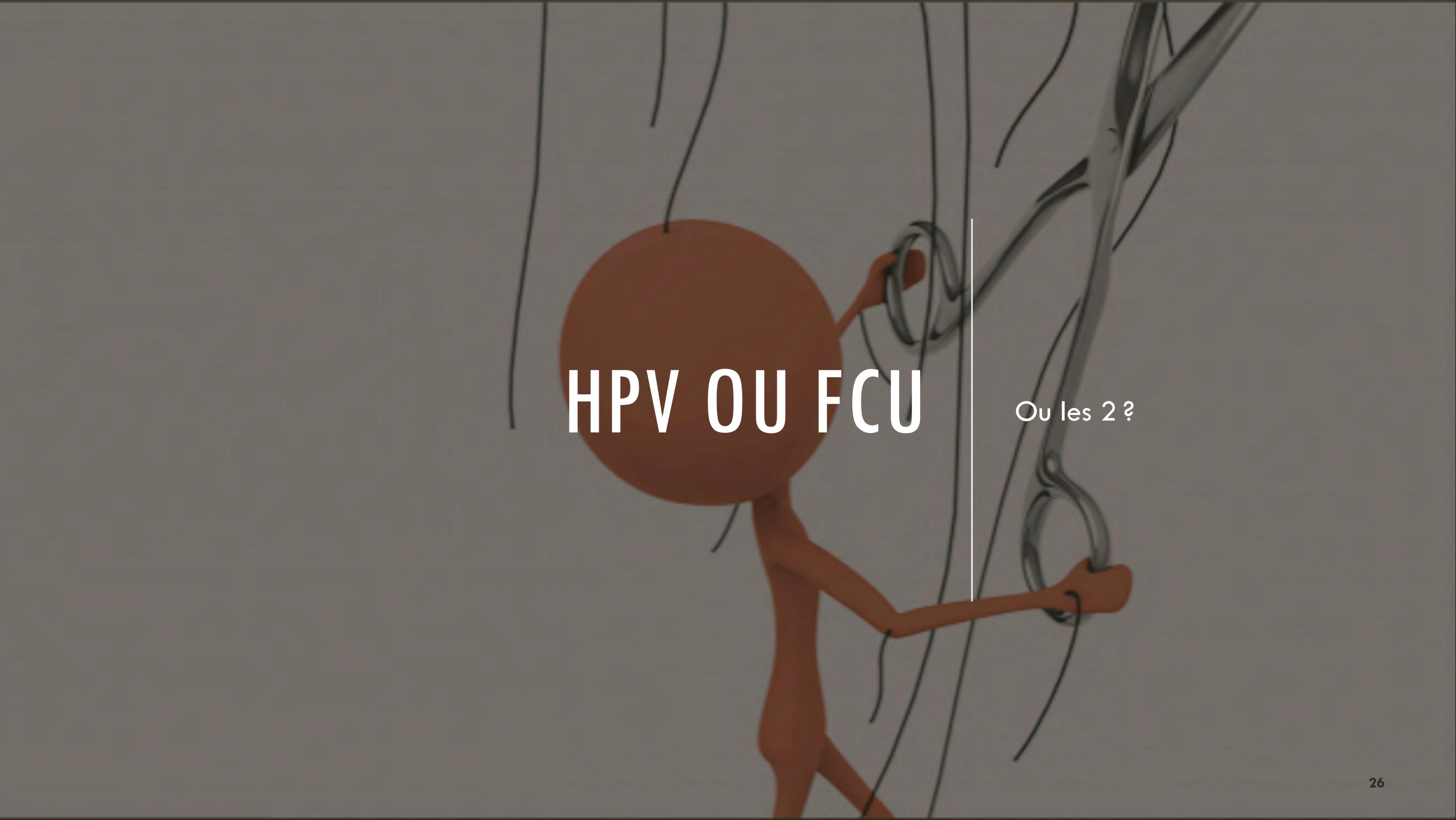
Mention d'examen cytopathologique de prélèvement du col de l'utérus pour le dépistage organisé (case à cocher)

- Si conditions dépistage (25 à 65 ans...)



ALLER PLUS LOIN DANS LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

Pas besoin de TV, pas besoin de
spéculum, que faire du FCU ?



HPV OU FCU

Ou les 2 ?

LE HPV PLUS SENSIBLE, MAIS PLUS DE FAUX +

Type	Dépistage CIN 3 +	Faux +	Colpo	Risque KC
HPV seul vs Cyto	1,61-7,46	6,6-7,4 % vs 2,6 – 6,5 %	1,2-7,9 % vs 1,1-3,1 %	0,6 [0,4-0,89]
Cotest vs cyto	NS	5,8-19,9 % vs 3,3-10,9 %	6,8-10,9 % vs 3,3-5,2 %	
Co-test vs HPV seul	NS			

A stylized illustration of a person in a red suit climbing a tree. The person has a large red circle on their back. The tree is composed of thin black lines. The background is a solid grey color.

AUTOPRÉLÈVEMENT OU PAR LE PRATICIEN ?

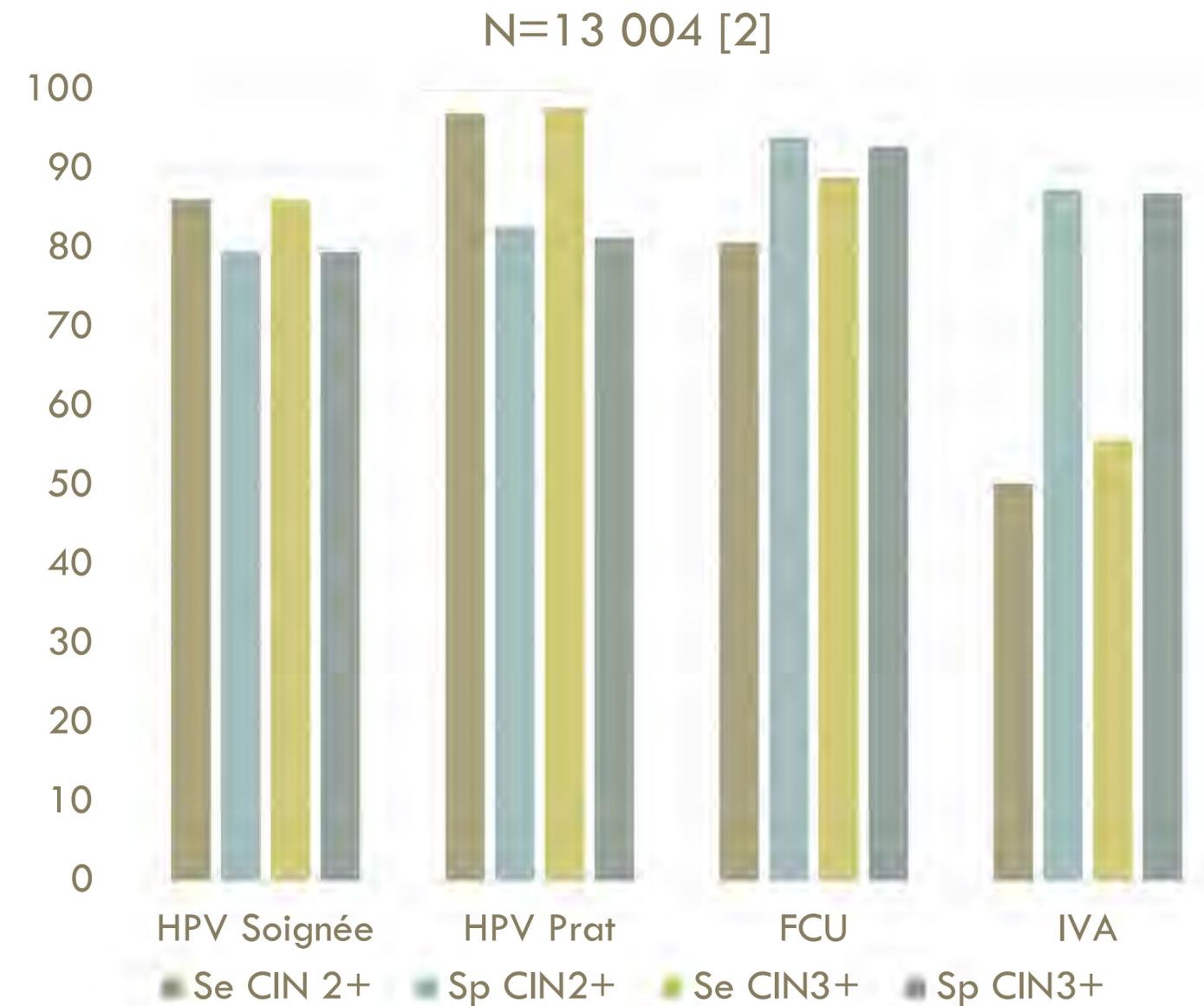
Ou les 2 ?

L'AUTOPRÉLÈVEMENT : FIABLE POUR LES CIN 2+

Étude de suivi sur 15 ans [1]

- Le praticien est plus sensible de 1,16 fois
- Mais sensibilité équivalente FCU sur autoprélèvement.

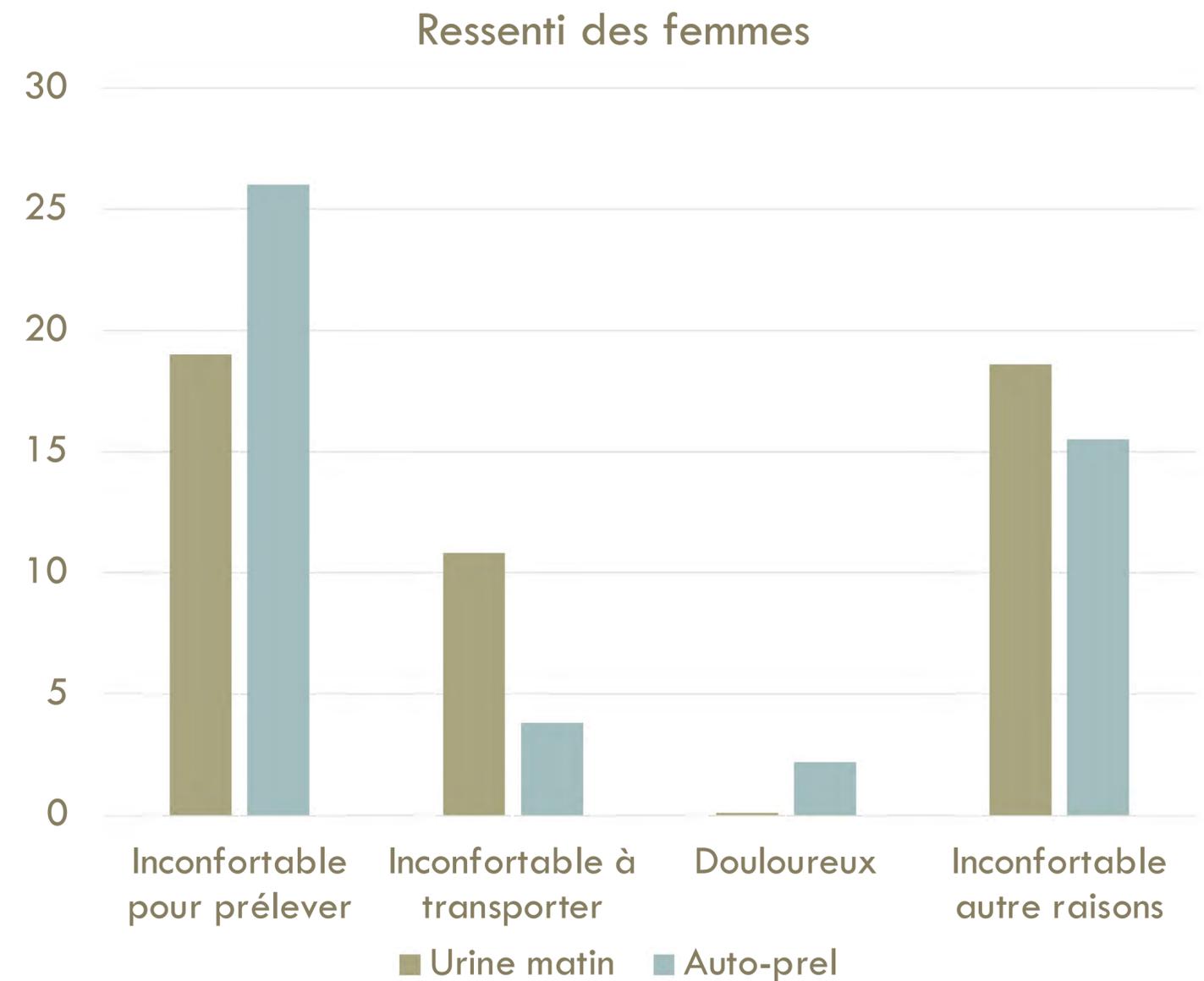
Envisageable comme stratégie complémentaire au dépistage HPV professionnalisé [3]



URINES VS VAGINAL — CAS DU CHLAMYDIA

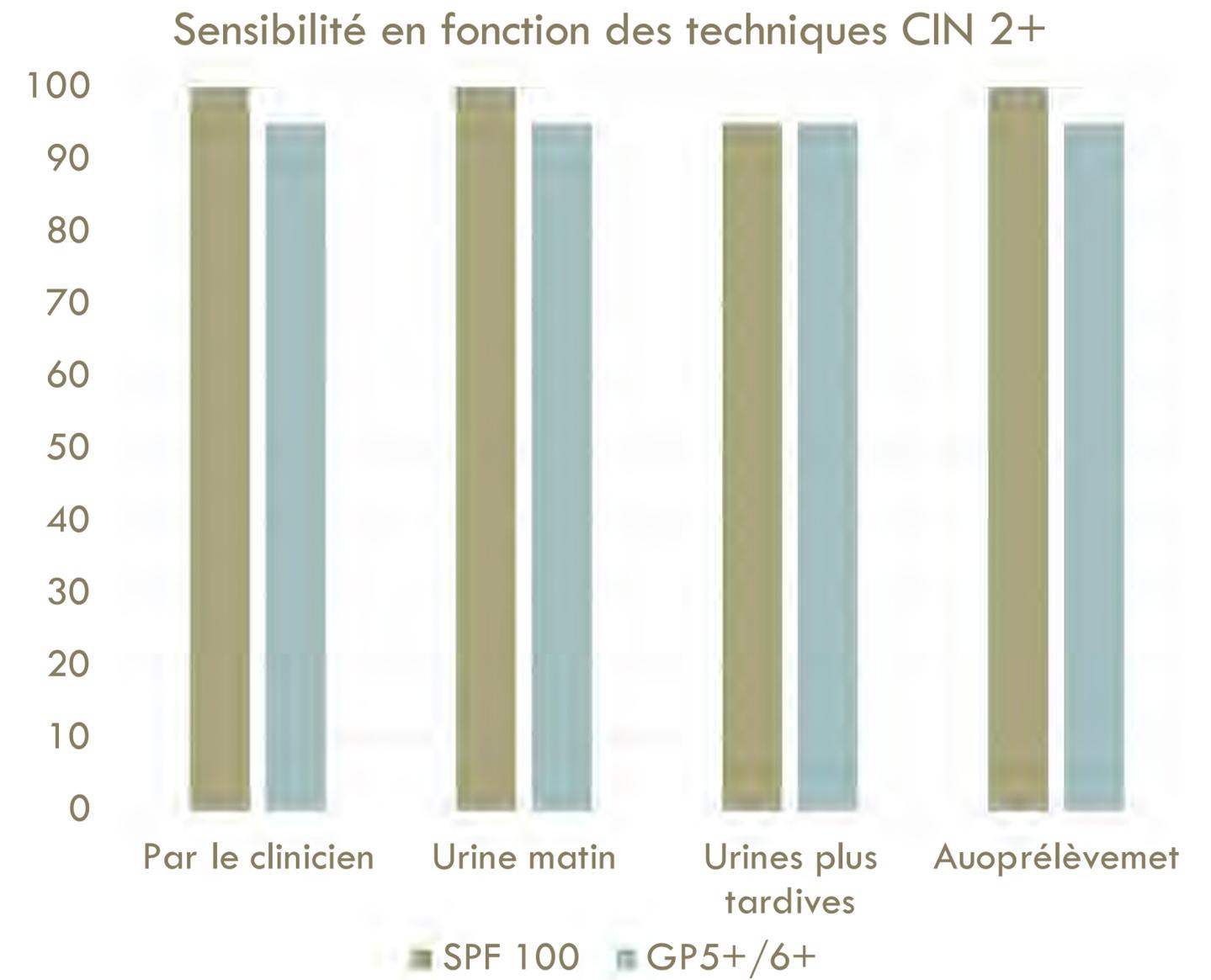
L'autoprélèvement est généralement bien toléré par les femmes.

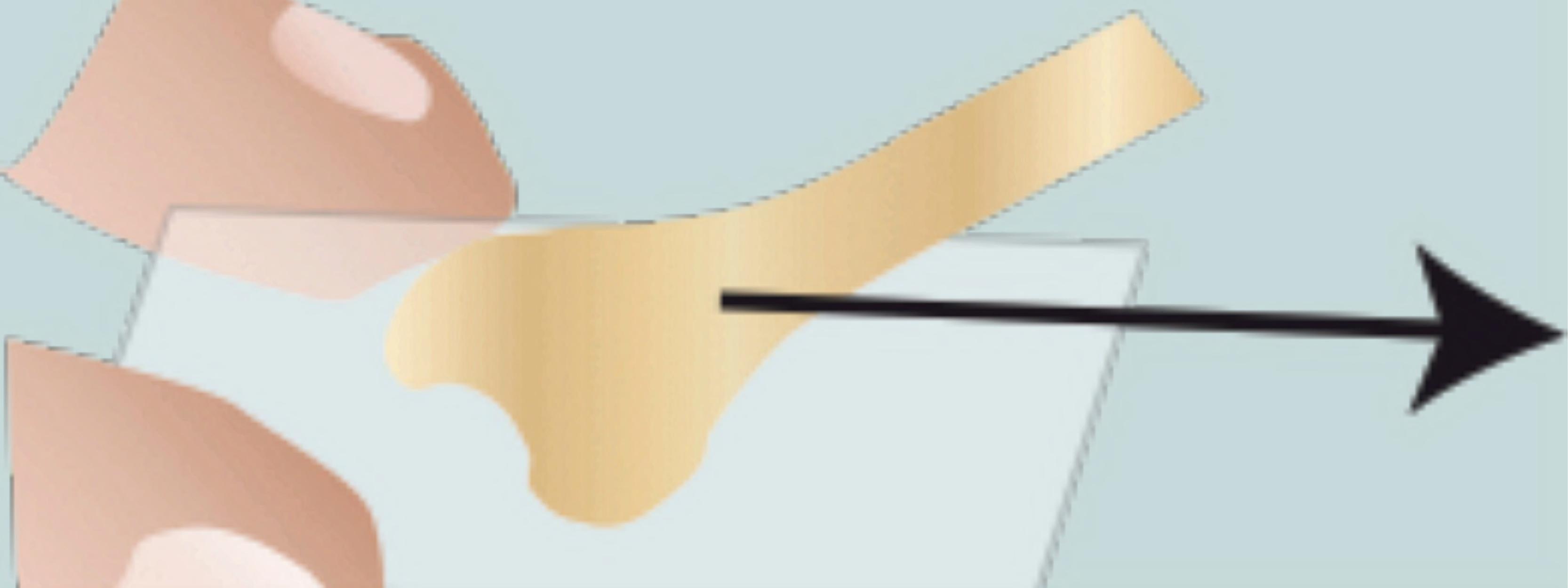
L'utilisation de dépistage par voie de courrier pourrait rendre service à certaines femmes [2]



ET LES URINES ?

Dépistage sur les urines du matin aussi sensible prélevement professionnalisé
[Leeman – Cho]





DÉPISTAGE DU CANCER DU COL

C'est aussi facile !

EN VIDEO



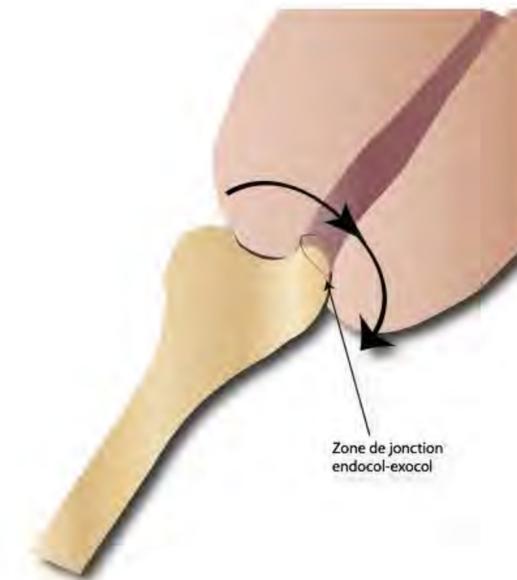
Exemple d'un frottis en phase liquide

COMMENT

Exocol (résistant) avant l'endocol (fragile)

Se concentrer sur la zone de jonction

- Lieu de prédilection de HPV

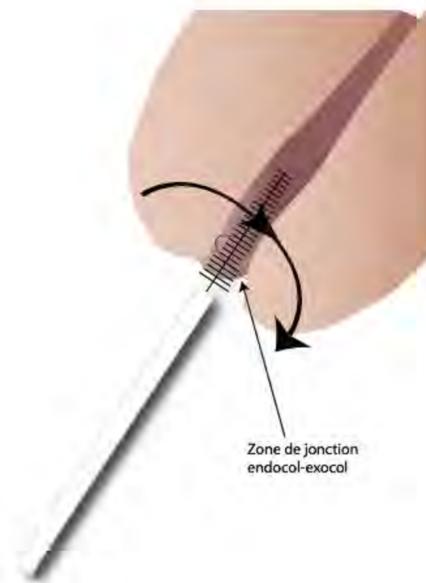


ENSUITE...

180° suffisent pour la cytobrosse

Culs de sacs antérieurs et postérieurs pour les
DES

Pas pendant les règles (23 % non
interprétable en conventionnel)



LE FROTTIS CONVENTIONNEL

Tenir la lame et étaler

Fixateur à 30 cm (! \lésions cellules)





INTERPRÉTER UN FROTTIS |

SYSTÈME BETHESDA 2014 [1]

6 parties :

- Type de frottis (conventionnel, en phase liquide...)
- Satisfaisant pour l'interprétation
- Pas de lésion intraépithéliale ou de malignité / Anomalie des cellules épithéliales.
- Tests complémentaires ?
- Interprétation assistée par ordinateur ?
- Recommandations ou précisions



NON INTERPRÉTABLE SI...

Nombre de cellules trop faible

Perturbation par l'inflammation ou le sang

=> Répéter l'examen dans les 12 mois (sauf si < 3 ans)

LES ANOMALIES MALPIGHIENNES

Cytologie (frottis)		Histologie (Biopsies)	
Bethesda		CIN	OMS
Normal		Normal	Normal
ASC-US ASC-H		Atypies	Atypies
LSIL		CIN 1 (incluant condylomes plans)	Koilocytose
HSIL		CIN 2	Dysplasie modérée
HSIL		CIN 3	Dysplasie sévère
HSIL		CIN 3	Cancer in situ
Cancer invasif		Cancer invasif	Cancer invasif

LES ANOMALIES GLANDULAIRES

Atypies glandulaires

- Endocervicales, endométriales, glandulaires

Atypies glandulaires évocatrices de néoplasie

- Endocervicale, glandulaire

Adénocarcinome endocervical in situ

Adénocarcinome

- Endocervical, endométrial, extrautérin, non spécifié.

LES PIÈGES

Candida albicans : ne pas traiter sauf signe (portage \approx 70 %)

Actinomyces : 7 % des femmes sous DIU, pas corrélé à une infection. Ne pas enlever le DIU sauf si signe.

FROTTIS INTERPRÉTABLE MAIS... PAS DE CELLULES ENDOCERVICALES

La HAS est floue : *"L'absence de cellules de type endocervical doit être signalée dans le compte rendu, mais ne constitue pas à elle seule un critère de non-interprétabilité. Le clinicien reste le seul juge de la nécessité de répéter le frottis."*

On pouvait interpréter cela de plusieurs manières :

- Je refais un frottis dans les 12 mois pour tout le monde (mode stressé on).
- Je considère le frottis comme normal si l'anapath me dit dans la conclusion que tout va bien (mode flemme on).

FROTTIS INTERPRÉTABLE MAIS... PAS DE CELLULES ENDOCERVICALES

En réalité, une étude de 2547 patientes ayant des frottis considérés comme anormaux montre que

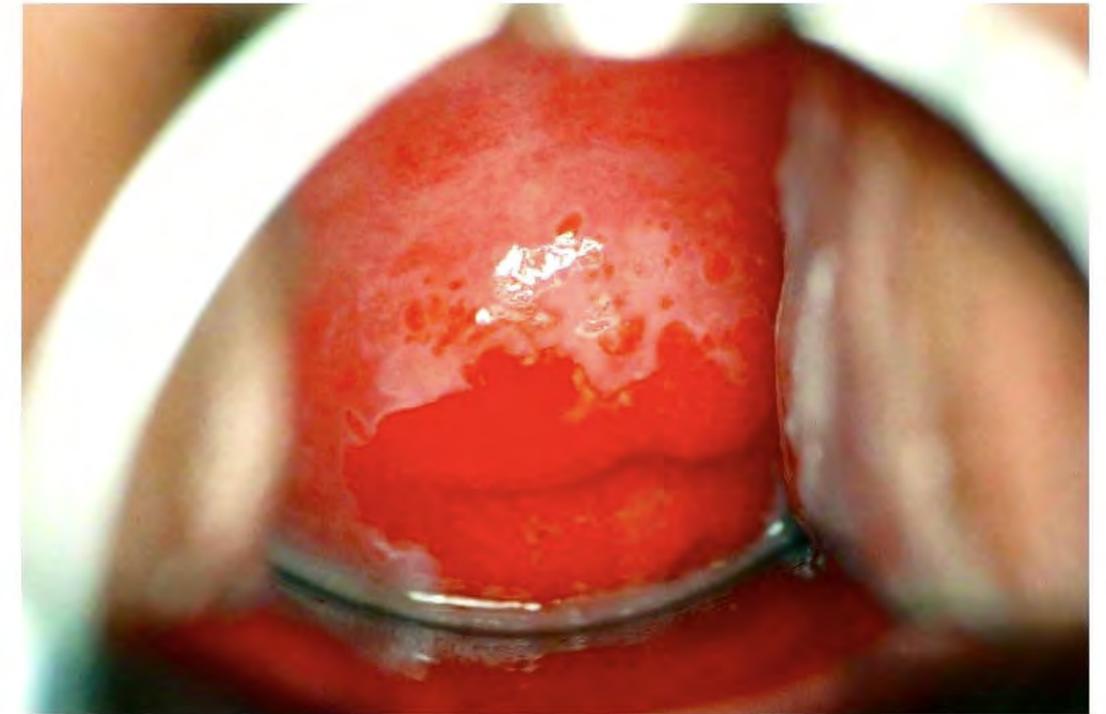
- La **répétition** ne montre **pas d'intérêt** particulier **sauf** pour les frottis **hémorragiques** ou **inflammatoires** au point de rendre l'examen non interprétable [1].

Une étude comparable sur l'absence de cellule endocervicale apporte les mêmes conclusions sur l'absence d'intérêt à répéter l'examen [2].

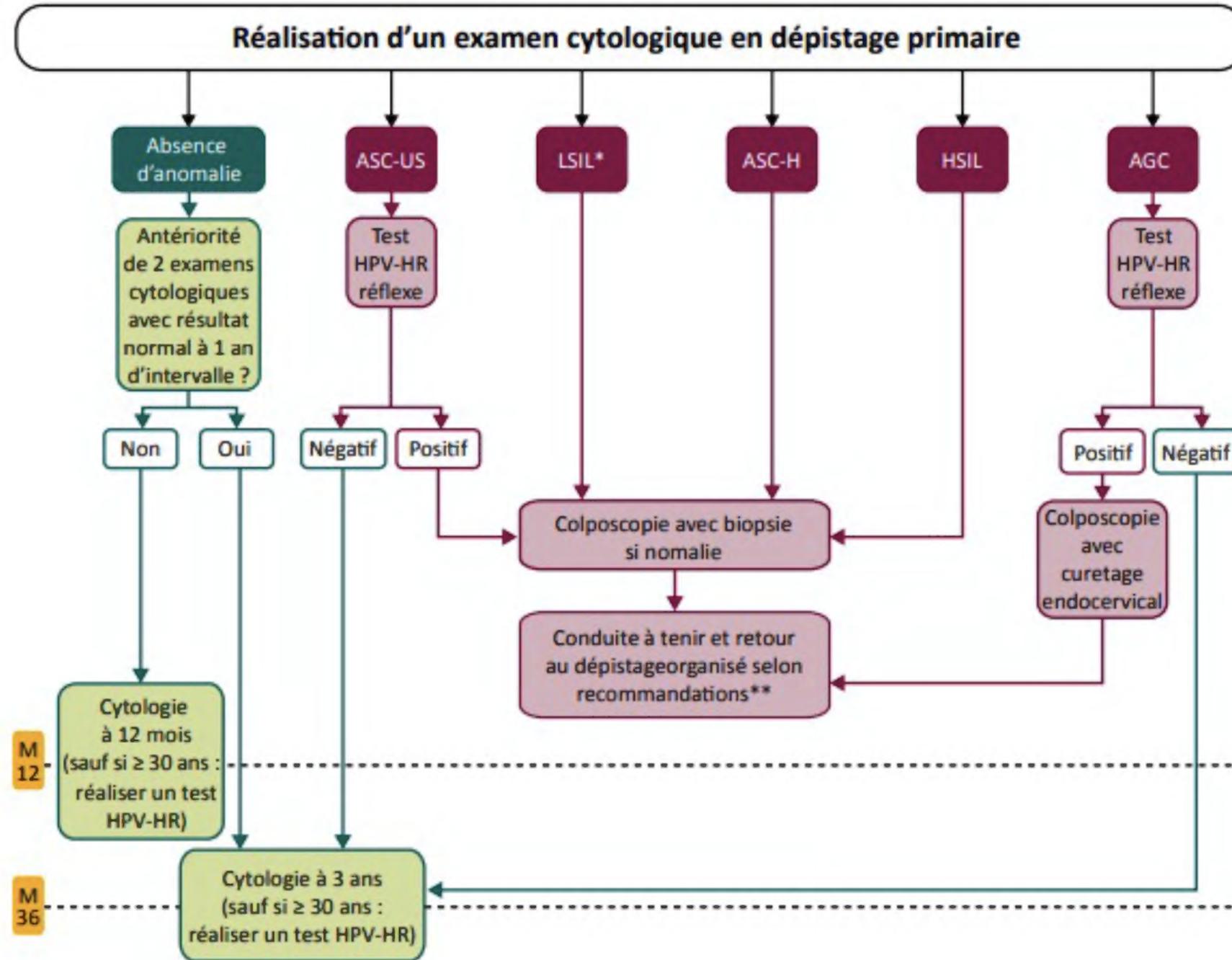
LA MÉTAPLASIE

Le col immature (ectropion) à l'adolescence et secondairement transformé en col mature [1]

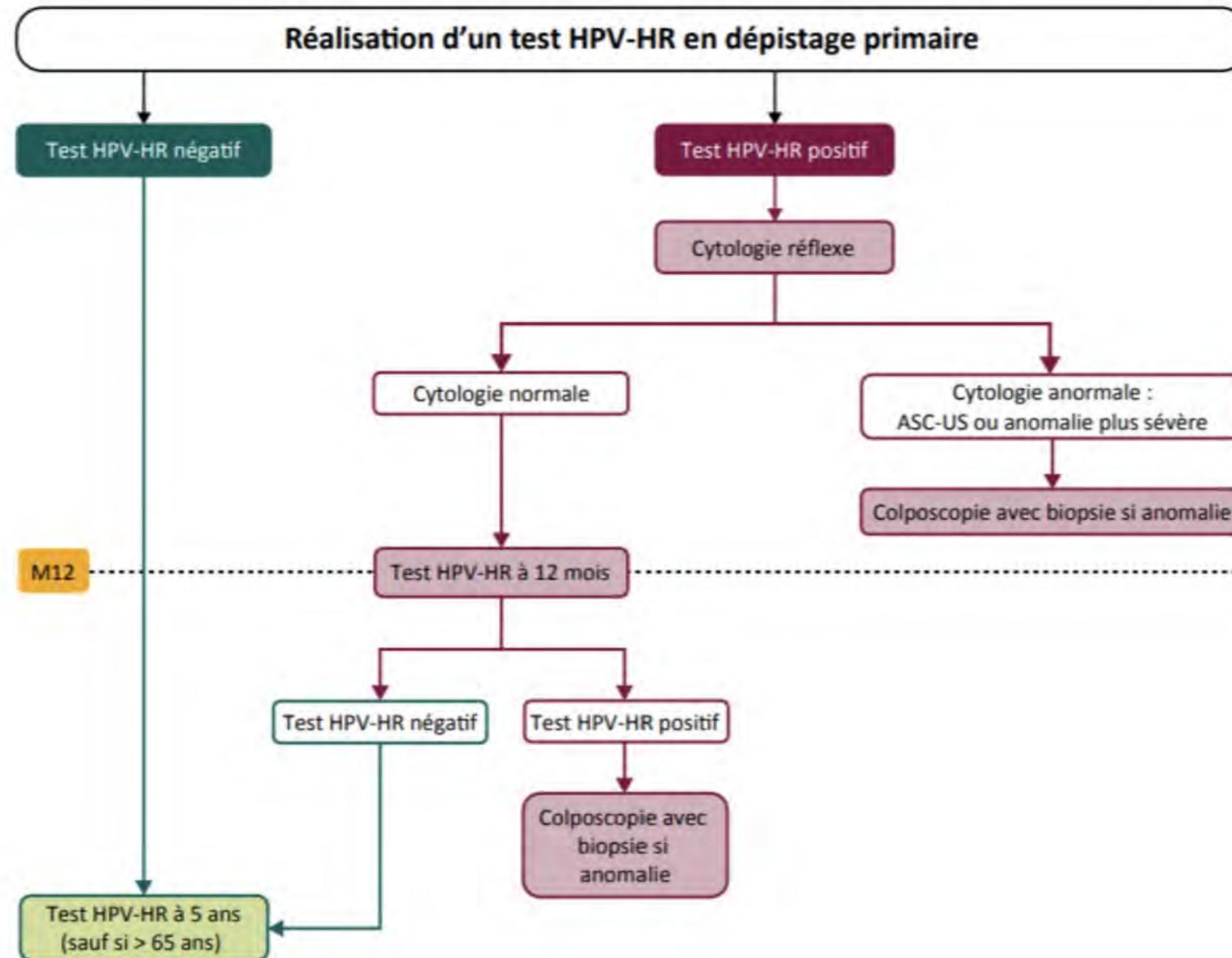
- La métaplasie est cette transformation d'un épithélium cylindrique en un épithélium malpighien.
- Il s'agit donc d'un remaniement de la zone de jonction (jonctionnel)



FEMMES DE 25 À 29 ANS



FEMMES DE DE 30 À 65 ANS



LES CAS CLINIQUES

EXEMPLE 1

Organe - Renseignements cliniques. : DIU. à la progestérone. Aménorrhée. Antécédent d'ASC-US

- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques isolées et en placards à noyaux dystrophiques certaines cellules sont parakératosiques.
- Présence de nombreux polynucléaires en nappes et des hématies.

CONCLUSION 1

Frottis conventionnel : 2 lames.

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIUM) : modifications cellulaires réactionnelles.

Bonne croissance épithéliale.

Remaniement jonctionnel inflammatoire avec troubles de maturation.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

EXEMPLE 2

FROTTIS DE DEPISTAGE EN TECHNIQUE MONOCOUCHE

Technique en monocouche : la suspension cellulaire transmise en phase liquide est centrifugée à 1600 trs/mn. Après homogénéisation, une partie du culot obtenu est mise en chambre de décantation, ce qui permet de réaliser un spot monocouche de 18 mm. Après séchage et étuvage, le spot fait l'objet de colorations cytologiques standards (Papanicolou).

Le spot apparaît représentatif et de bonne qualité, composé d'un étalement de cellules bien conservées. La composante malphigienne exocervicale est formée d'une desquamation de cellules superficielles et intermédiaires, avec d'assez nombreuses cellules parabasales. La zone de jonction et l'endocol sont représentés par de cellules glandulaires endocervicales. Le fond se compose d'une flore mixte abondante et de nombreux polynucléaires neutrophiles. Il existe des cellules malpighiennes atypiques avec une aniconucléose légère, un discret hyperchromatisme et une acidophilie variable.

CONCLUSION 1

ATYPIES EPITHELIALES MALPIGHIENNES DE SIGNIFICATION INDETERMINEE (CYTOLOGIE ASC-US DE LA CLASSIFICATION DE BETHESDA).

TYPAGE VIRAL

RECHERCHE D'ADN DE PAPILOMAVIRUS HUMAINS GENITAUX POTENTIELLEMENT ONCOGENES

PCR Temps Réel Abbott pour HPV 16, 18, 31 , 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 et 68

Indication : Non communiquée

Présence d' un HPV 18 considéré comme potentiellement oncogène

EXEMPLE 3

Née le 15/06/1949

Organe - Renseignements cliniques.

Ménopause.

FROTTIS CERVICO-UTERJN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep®. Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Ho/ogic Corp)

- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires basophiles et des couches profondes à contours arrondis.
- Absence de cellule endocervicale.
- Présence de polynucléaires.

CONCLUSION 3

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep® :

Qualité: satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)

Absence de lésion intra épithéliale ou maligne (NIL/M).

Muqueuse subatrophique.

Zone de jonction non intéressée par le prélèvement.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

EXEMPLE 4

41 ans

Organe - Renseignements cliniques.

Contrôle d'un examen antérieur.

Antécédent d'HPV

Antécédent de conisation.

Traitement progestatif.

EXEMPLE 4

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.

Présence de cellules endocervicales.

Présence de cellules métaplasiques.

Présence de polynucléaires.

Présence de cellules jonctionnelles orangeophiles à noyau augmenté de volume et chromatine dense, associées à des cellules binucléées.

CONCLUSION 4

Frottis conventionnel: deux lames.

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.

Anomalies des cellules épithéliales : lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade LMIEBG : LSIL

Persistance de la virose à HPV.

Une colposcopie avec biopsie est souhaitable.

EXEMPLE 5

34 ans

Progestatif minidosé.

Aménorrhé.

EXEMPLE 5

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes superficielles et intermédiaires.

Présence de cellules endocervicales.

Nombreux polynucléaires.

Présence de cellules métaplasiques de petite taille présentant une méganucléose et une anisocaryose ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (HSIL ou dysplasie de haut grade).

Présence de cellules malpighiennes mûres à cytoplasme cyanophile ou acidophile centrées par un ou plusieurs noyaux légèrement augmentés de volume à chromatine densifiée. Il s'y associe des cellules dyskératosiques assez nombreuses. Bien qu'il n'ait pas été observé de koilocyte typique, l'aspect d'ensemble est néanmoins assez évocateur d'une virose à Papillomavirus.

CONCLUSION 5

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep® :

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)

Anomalies des cellules malpighiennes : Atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée ASC-H.

Aspect de virose avec des anomalies cytonucléaires ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (HSIL : dysplasie de haut grade)

Une colposcopie avec biopsies et /ou test HPV peuvent être souhaitables.

EXEMPLE 6

Organe — Renseignements cliniques.

D.I.U. à la progestérone.

Aménorrhée.

EXEMPLE 6

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep. Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)

- La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles, isolées ou en placards.
- Présence de cellules endocervicales.
- Présence de cellules métaplasiques, à cytoplasme arrondi centré par un noyau globuleux. Elles sont isolées ou en placards de taille variable.
- Présence de polynucléaires.

CONCLUSION 6

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep®

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2014)

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M)

Bonne croissance épithéliale.

Remaniement jonctionnel.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

EXEMPLE 7

28 ans

Traitement oestro-progestatif
minidosé.

EXEMPLE 7

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep ® Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.

Présence de cellules endocervicales.

Présence de cellules métaplasiques.

Nombreux polynucléaires.

Il existe des filaments mycéliens de type candidose.

EXEMPLE 7

Frottis cervico-utérin en milieu liquide ThinPrep ®

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M).

Bonne croissance épithéliale.

Aspect de candidose.

Zone de jonction intéressée par le prélèvement.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

EXEMPLE 8

30 ans

EXEMPLE 8

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep®

Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles, certaines cellules sont parakératosiques.

Présence de cellules endocervicales.

Présence de cellules métaplasiques.

Nombreux polynucléaires.

Il existe des filaments mycéliens de type candidose.

CONCLUSIONS 8

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep ® :

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M) : modifications cellulaires réactionnelles.

Bonne croissance épithéliale.

Aspect de candidose avec parakératose.

Zone de jonction intéressée par le prélèvement.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale de malignité.

EXEMPLE 9

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep®

Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.

Présence de cellules endocervicales.

Présence de cellules métaplasiques isolées ou en placards.

Nombreux polynucléaires.

CONCLUSION 9

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M)

Bonne croissance épithéliale.

Remaniement jonctionnel inflammatoire.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

EXEMPLE 10

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPrep®

Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.

Présence de cellules endocervicales.

Présence de cellules métaplasiques.

Nombreux polynucléaires.

Il existe une flore de Doderlein abondante s'accompagnant de nombreux noyaux nus.

CONCLUSION 10

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation.(Bethesda 2001)

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M).

Bonne croissance épithéliale.

Cytolyse à bacilles de Döderlein.

Zone de jonction intéressée par le prélèvement.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

EXEMPLE 11

Renseignements cliniques : DIU

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE THINPREP®

Lecture assistée par l'automate ThinPrep® Imaging System (Hologic Corp)

La desquamation malpighienne est masquée sur plus de 70 % de la surface

CONCLUSION 11

Frottis cervico-utérin en milieu liquide ThinPrep ® :

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation (Bethesda 2001)

Frottis lu, mais trop inflammatoire pour être significatif.

EXEMPLE 12 : MÉNOPAUSE

FROTTIS CERVICO-UTERIN EN MILIEU LIQUIDE ThinPre S

Lecture assistée par l'automate ThinPrep® imaging System (Hologic Corp)

La desquamation malpighienne est faite de cellules malpighiennes intermédiaires et superficielles.

Présence de cellules endocervicales.

Présence de cellules métaplasiques isolées et en placards à noyaux dystrophiques dans un cytoplasme dense à contours arrondis.

Présence de polynucléaires.

CONCLUSION 12

Frottis cervico utérin en milieu liquide ThinPrep

Qualité : satisfaisant pour l'évaluation (Bethesda 2001).

Absence de lésion intra-épithéliale ou maligne (NIL/M) : modifications cellulaires réactionnelles.

Bonne croissance épithéliale.

Remaniement jonctionnel dystrophique.

Pas de cellule dysplasique ou tumorale maligne.

Examen à renouveler en cas de doute clinique.

EXEMPLE 13

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : DDR: 02.09.2013 D.I.U.

Première lame :

Ce frottis, peu abondant, est constitué de cellules épithéliales provenant de la muqueuse malpighienne. Il s'agit de cellules de type superficiel et surtout intermédiaire, au cytoplasme généralement bien étalé.

Elles desquament isolément ou en placards peu serrés. La flore bactérienne est de type Döderlein. Le fond du frottis très hématique est ponctué de quelques polynucléaires.

Deuxième lame :

Elle se caractérise par des cellules malpighiennes, moins abondantes, et la présence d'assez nombreuses cellules endocervicales. Ces éléments se détachent au sein de traînées muqueuses contenant d'assez nombreux polynucléaires et des hématies plus ou moins lysées. Il s'y ajoute des cellules isolées ou regroupées en placards tridimensionnels atypiques présentant un noyau fortement augmenté de volume dense, chromatique et aux contours irréguliers avec parfois une inversion du rapport nucléo-cytoplasmique.

CONCLUSION BETHESDA

EN CONCLUSION. dans le **Système de BETHESDA :**

Frottis interprétable.

Présence d'atypies des cellules malpighiennes témoignant d'une Lésion intra épithéliale ou dysplasie de HAUT GRADE dont il est difficile d'affirmer la nature malpighienne ou glandulaire nécessitant des biopsies étagées (jonction endocol)

BIOPSIE...

ZONE DE JONCTION AVEC DES LESIONS DE DYSPLASIE DE TYPE CIN3



ACTINOMYCOSE, ALO ?

Et la dysplasie aussi :)

LA PATIENTE

Vous voyez en consultation de routine une patiente de 43 ans sans antécédent particulier ni symptomatologie actuelle. Cette patiente devait bénéficier d'un dépistage par frottis cervico-utérin et envisageait un changement de son DIU au cuivre arrivé à échéance des 5 ans.

LE FROTTIS

Renseignements : DIU. Frottis cervico-utérin conventionnel ; coloration de Papanicolaou. Compte rendu selon le système de Bethesda.

Prélèvement satisfaisant pour l'évaluation.

EXOCOL :

- Il y a quelques polynucléaires.
- Population malpighienne faite de cellules intermédiaires et superficielles.
- Présence de cellules de métaplasie.
- On voit des stigmates d'infestation par HPV.
- On voit une flore et des pseudo-filaments compatibles avec Actinomyces.

ENDOCOL : Présence de matériel glandulaire endocervical.

- ANOMALIES DES CELLULES ÉPITHÉLIALES.
- Des cellules malpighiennes matures sont anormales, les anomalies sont en faveur d'un condylome.

Conclusion : Actinomyces. LSIL : lésion par HPV, lésion de bas grade. Les cellules anormales sont observées sur le prélèvement exocervical.

QUESTION 1

Quelle serait votre conduite à tenir par rapport au DIU actuel du fait de l'actinomyces ?

- A. Rien de spécial puisque la patiente est asymptomatique.
- B. Rien de spécial puisque la patiente est asymptomatique, mais l'inviter à consulter si signes évocateurs.
- C. Garder le DIU et mettre la patiente sous antibiotique pendant 8 jours.
- D. Ôter le DIU le plus vite possible pour éviter une extension de l'infection.
- E. Ôter le DIU et mettre la patiente sous antibiothérapie pendant 8 jours.

QUESTION 2

Quelle serait votre conduite à tenir par rapport à une pose d'un nouveau DIU du fait de l'actinomyces ?

- A- Poser le DIU si le toucher vaginal est normal.
- B- Faire un contrôle 3 à 6 mois après l'ablation du premier DIU et le poser si négatif.
- C- Faire un contrôle 6 à 12 mois après l'ablation du premier DIU et le poser si négatif.
- D- Faire un contrôle 6 à 12 mois et une échographie pelvienne et le poser si négatif.
- E- Contre-indiquer définitivement la pose d'un DIU chez cette patiente.

QUESTION 3

Quelle serait votre conduite à tenir par rapport au DIU du fait des lésions intraépithéliales de bas grade.

- A- Retirer et contre-indiquer le DIU.
- B- Ôter le DIU et poursuivre les explorations de la dysplasie avant d'en poser un autre.
- C- Changer le DIU et poursuivre les explorations de la dysplasie.
- D- Ôter le DIU, traiter la dysplasie par laser avant de poser un DIU.
- E- Ôter le DIU, traiter la dysplasie et ne poser le DIU qu'après un contrôle négatif.

C'EST QUOI L'ACTINOMYCOSE

Pathologie peu fréquente : entre 2002 et 2003, une quinzaine d'hospitalisations en Angleterre pour actinomycose pelviennes [1].

Infection chronique, lentement progressive causée par des bactéries Gram positives filamenteuses de l'espèce actinomyces.

Chez la femme : l'actinomycose pelvienne

- Essentiellement chez les patientes ayant un dispositif intra-utérin (DIU) [2]
- Ou tout autre corps étranger (micro-implants stérilisation tubaire [3], prothèses de chirurgie du prolapsus).

Durée minimale d'utilisation du DIU augmentant significativement le risque pas connue à ce jour [4].

Mode de présentation peu spécifique : fièvre, perte de poids, leucorrhée, de douleur abdominale [1] ± formes pseudo-tumorales.

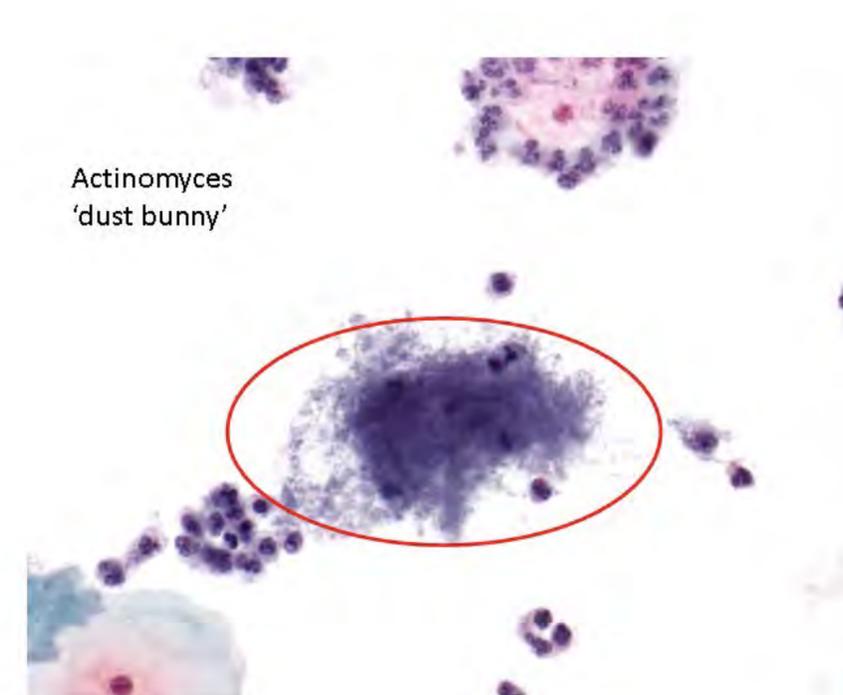
C'EST QUOI LES ALO ?

Images cotonneuse au frottis évoquant l'actinomyces : les Actinomyces Like Organisms (ALO).

Dans $\approx 7\%$ des FCU chez les patientes porteuses de DIU.

Valeur pronostique des ALO faible, voire nulle, du fait d'une très mauvaise sensibilité, spécificité ou valeur prédictive positive [1].

Il n'y a pas lieu de réaliser d'ablation ou d'antibiothérapie chez les patientes asymptomatiques ayant des ALO au frottis [2].



FAIRE ATTENTION !

Si la patiente présente des signes évocateurs d'une actinomyose pelvienne, il faut l'inviter à consulter.

Si le diagnostic est confirmé, un traitement antibiotique adapté permet d'éviter la chirurgie [1,2].

CHANGER LE DIU ?

Chez des patientes présentant des ALO sous DIU, il n'y a plus aucun ALO 6 semaines après le changement de celui-ci.

- Tant pour un changement immédiat que pour un changement après une période libre de 3 à 5 jours [1].

Après 36 mois, il pourrait y avoir plus d'ALO dans le groupe ayant eu un changement en même temps que le retrait

- sans que les conséquences cliniques ne soient évidentes.

ET LA DYSPLASIE ?

La dysplasie cervicale n'est pas une contre-indication à la pose ou la poursuite d'un dispositif intra-utérin [1].

- Il est probable que le DIU ait un effet protecteur contre le cancer du col de l'utérus (cancer épidermoïde et l'adénocarcinome [2]).

L'effet du cuivre sur la clearance du HPV semble le phénomène explicatif principal de cet effet [3].

QUESTION 1

Quelle serait votre conduite à tenir par rapport au DIU actuel du fait de l'actinomyces ?

- A. Rien de spécial puisque la patiente est asymptomatique.
- **B. Rien de spécial puisque la patiente est asymptomatique, mais l'inviter à consulter si signes évocateurs.**
- C. Garder le DIU et mettre la patiente sous antibiotique pendant 8 jours.
- D. Ôter le DIU le plus vite possible pour éviter une extension de l'infection.
- E. Ôter le DIU et mettre la patiente sous antibiothérapie pendant 8 jours.

QUESTION 2

Quelle serait votre conduite à tenir par rapport à une pose d'un nouveau DIU du fait de l'actinomyces ?

- **A- Poser le DIU si le toucher vaginal est normal.**
- B- Faire un contrôle 3 à 6 mois après l'ablation du premier DIU et le poser si négatif.
- C- Faire un contrôle 6 à 12 mois après l'ablation du premier DIU et le poser si négatif.
- D- Faire un contrôle 6 à 12 mois et une échographie pelvienne et le poser si négatif.
- E- Contre-indiquer définitivement la pose d'un DIU chez cette patiente.

QUESTION 3

Quelle serait votre conduite à tenir par rapport au DIU du fait des lésions intraépithéliales de bas grade.

- A- Retirer et contre-indiquer le DIU.
- B- Ôter le DIU et poursuivre les explorations de la dysplasie avant d'en poser un autre.
- **C- Changer le DIU et poursuivre les explorations de la dysplasie.**
- D- Ôter le DIU, traiter la dysplasie par laser avant de poser un DIU.
- E- Ôter le DIU, traiter la dysplasie et ne poser le DIU qu'après un contrôle négatif.