

DES Gynécologie-Obstétrique / DFMS/A
2019-2020

Dépistage des cancers du col, colposcopie, traitement des dysplasies Recommandations

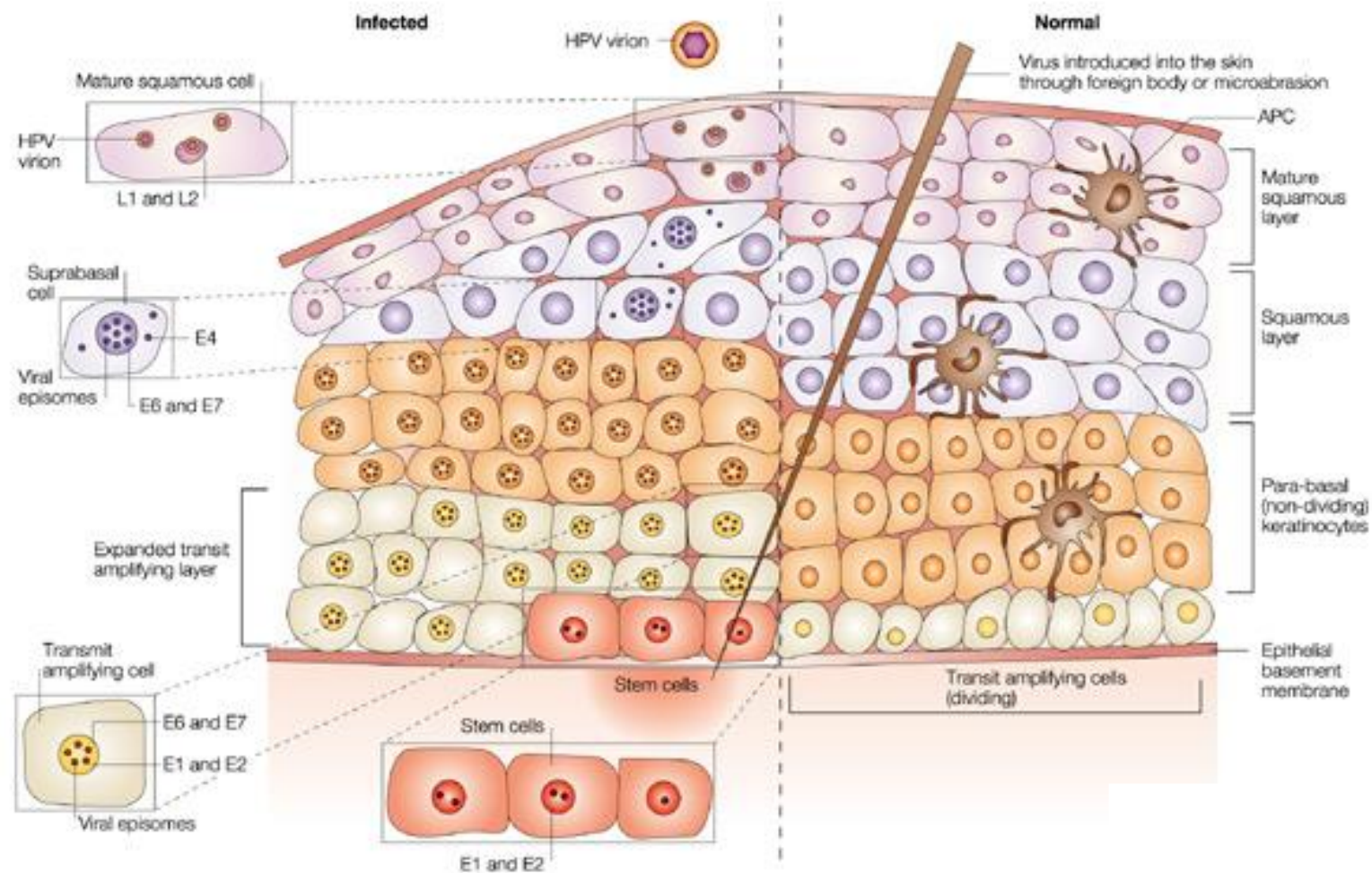
Dr Geoffroy CANLORBE

Service de Chirurgie et Oncologie Gynécologique et Mammaire – Pitié-Salpêtrière

geoffroy.canlorbe@aphp.fr

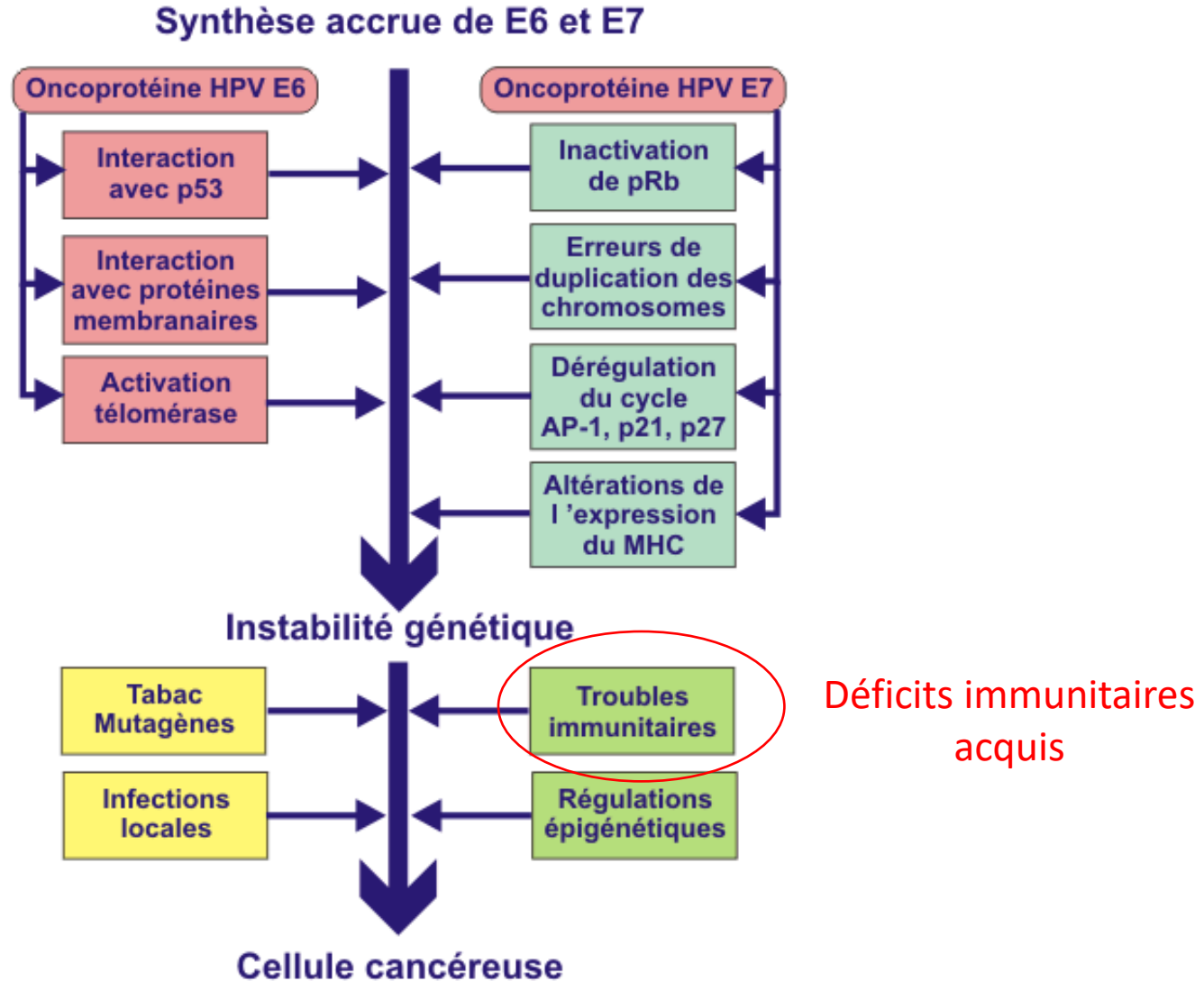
Mardi 23 Juin 2020 – 09h30 – 10h30

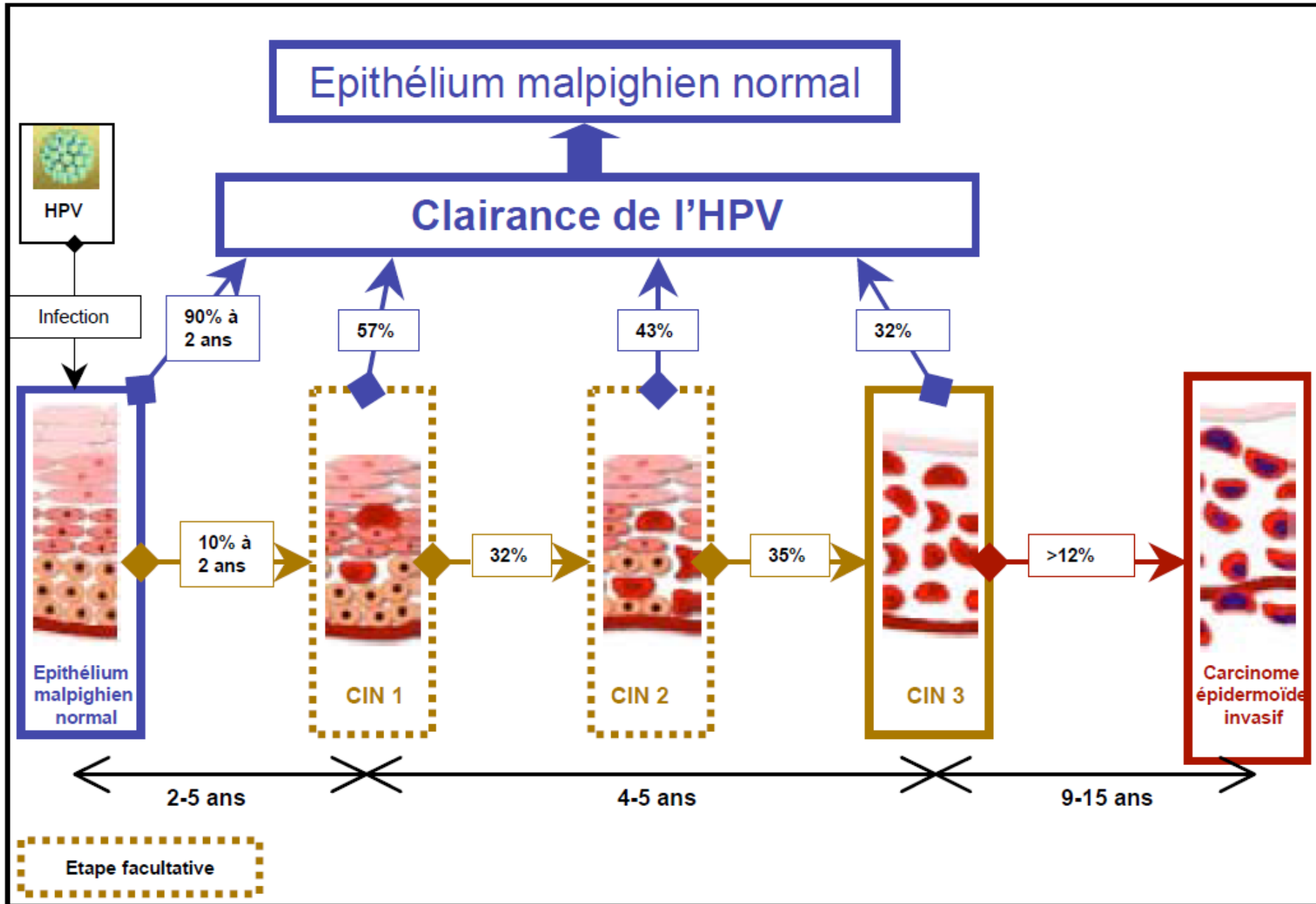
Histoire naturelle de l'infection à HPV



Le virus infecte les kératinocytes de la couche basale de l'épiderme. Les particules virales s'assemblent au niveau des couches superficielles de l'épiderme, libération par desquamation
PAS DE CYTOLYSE

Vers la transformation tumorale: Co-facteurs associés





Lésions cancéreuses et pré cancéreuses HPV induites Génotype HPV attribuable

	Prévalence HPV
Condylomes	100%
VIN 2/3	86,9%
VaIN 2/3	98,0%
AIN 2/3	95,7%
PIN 2/3	89,1%
Cancer Vulve	18,3%
Cancer Vagin	71,0%
Cancer Anal	87,6%
Cavité orale	7,4 %
Nasopharynx	7,9%
Cancer Oropharynx	24,9%
Cancer Hypopharynx	3,9%
Cancer Pharynx	21,4%
Cancer Larynx	5,7%

Lésions cancéreuses et pré cancéreuses HPV induites

Génotype HPV attribuable

	Prévalence HPV	Attribuable à HPV 6/11/16/18 (parmi HPV +)
Condylomes	100%	90%
VIN 2/3	86,9%	80,9%
VaIN 2/3	98,0%	65,7%
AIN 2/3	95,7%	80,5%
PIN 2/3	89,1%	81,0%
Cancer Vulve	18,3%	78,0%
Cancer Vagin	71,0%	64,0%
Cancer Anal	87,6%	84,3%
Cavité orale	7,4 %	72,0%
Nasopharynx	7,9%	75,0%
Cancer Oropharynx	24,9%	85,2%
Cancer Hypopharynx	3,9%	80,0%
Cancer Pharynx	21,4%	66,7%
Cancer Larynx	5,7%	57,6%

Lésions cancéreuses et pré cancéreuses HPV induites




Génotype HPV attribuable

	Prévalence HPV	Attribuable à HPV 6/11/16/18 (parmi HPV +)	Attribuable à HPV 6/11/16/18/31/33/45/52/58 (parmi HPV +)
Condylomes	100%	90%	90%
CIN2/3	100%	45,5%	82,3%
VIN 2/3	86,9%	80,9%	93,9%
VaIN 2/3	98,0%	65,7%	79%
AIN 2/3	95,7%	80,5%	87,8%
PIN 2/3	89,1%	81,0%	91,9%
Cancer du col	100%	72,4%	88,3%
Cancer Vulve	18,3%	78,0%	91,6%
Cancer Vagin	71,0%	64,0%	84,2%
Cancer Anal	87,6%	84,3%	92,3%
Cavité orale	7,4 %	72,0%	80,6%
Cancer Oropharynx	24,9%	85,2%	89,7%
Cancer Hypopharynx	3,9%	80,0%	100%

Vaccination anti-HPV

Différents produits sur le marché

Vaccine composition of a 0.5 ml dose of HPV vaccine

	 Human Papillomavirus Bivalent (Types 16 and 18) Vaccine, Recombinant	 Humaan Papillomavirusvaccin typen 6,11,16,18 recombinant, geadsorbeerd	 [vaccin recombinant nonavalent contre le virus du papillome humain]
Oncogenic protein subunit component L1 VLP, µg			
HPV 16	20	40	60
HPV 18	20	20	40
HPV 31			20
HPV 33			20
HPV 45			20
HPV 52			20
HPV 58			20
Verrucous protein subunit component L1 VLP, µg			
HPV 6		20	30
HPV 11		40	40
Manufacturing components			
Sodium chloride, mg	4.4	9.56	9.56
L-Histidine, mg		0.78	0.78
Polysorbate 80, µg		50	50
Sodium borate, µg		35	35
Sodium dihydrogen phosphate dihydrate, mg	0.624		
Adjuvant			
Amorphous aluminum hydroxyphosphate sulfate, µg		225	500
3-O-Desacyl-4'-monophosphoryl lipid (MPL) A, µg, adsorbed on Aluminum hydroxide salt, µg	50		
Aluminum hydroxide salt, µg	500		
Expression system			
Recombinant <i>Saccharomyces cerevisiae</i>		Yeast	Yeast
<i>Trichoplusia ni</i> insect cells	Baculovirus		



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

16 décembre 2019



- toutes les filles de 11 à 14 ans révolus, schéma à 2 doses (M0, M6)
- toutes les filles de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6)
- pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6)

- tous les garçons de 11 à 14 ans révolus, schéma à 2 doses (M0, M6)
- tous les garçons de 15 à 19 ans révolus selon un schéma à 3 doses (M0, M2, M6)

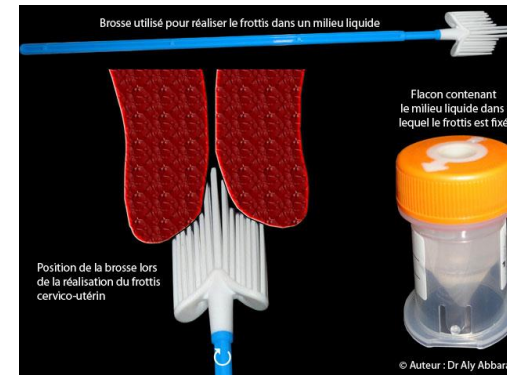


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Juillet 2019

Frottis cervico-utérin

- Premier à 25 ans
- Deuxième à 26 ans
- Puis tous les 3 ans jusqu'à 30 ans



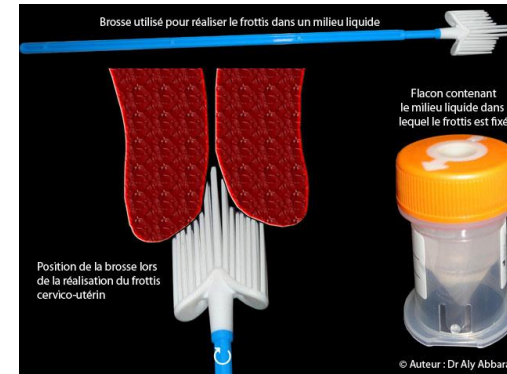


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Juillet 2019

Frottis cervico-utérin

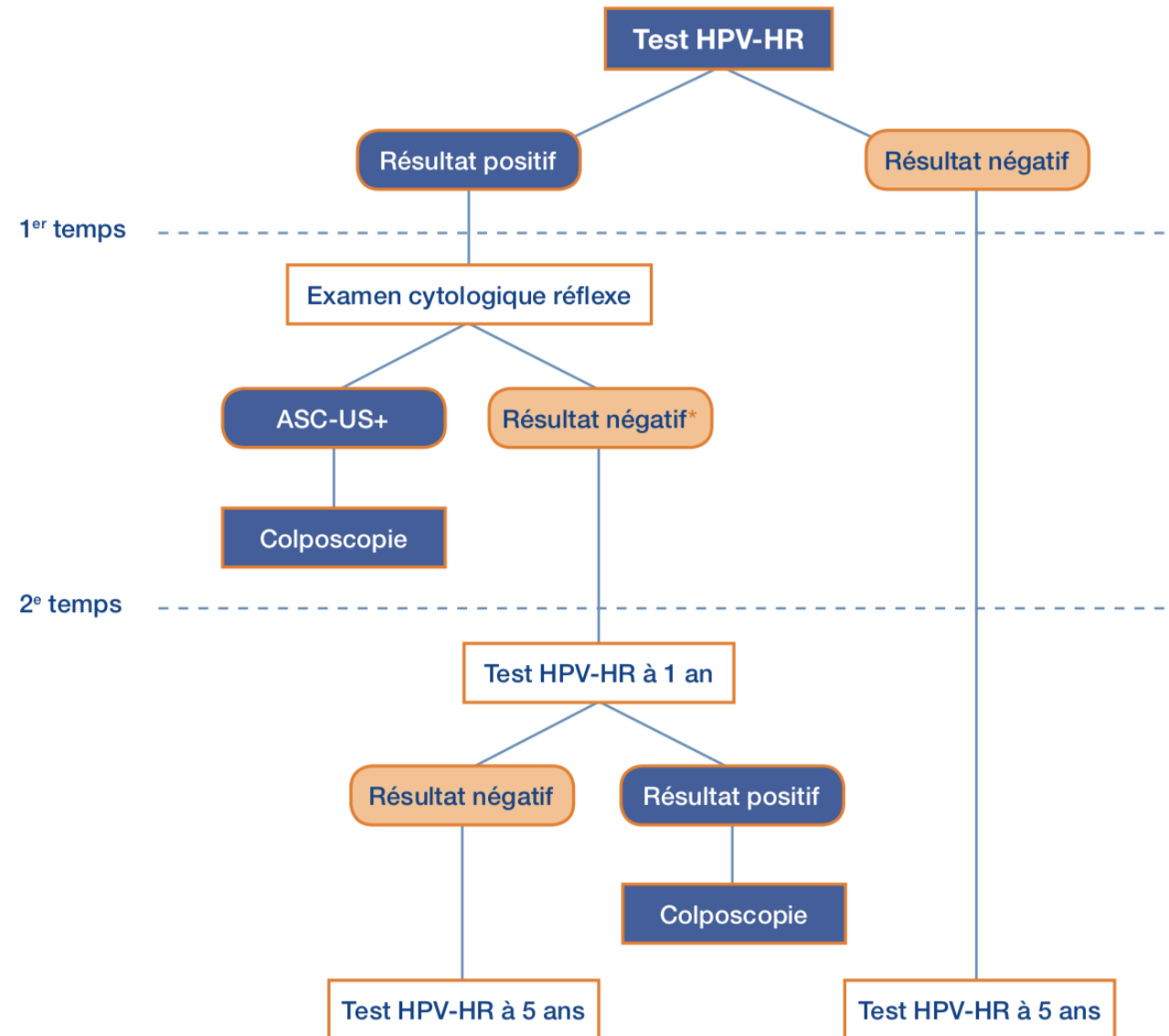
- Premier à 25 ans
- Deuxième à 26 ans
- Puis tous les 3 ans jusqu'à 30 ans



Puis, à partir de 30 ans : TEST HPV

Juillet
2019

Algorithme de triage des femmes âgées de 30 à 65 ans auxquelles un test HPV a été proposé en dépistage primaire du CCU



* résultat négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne

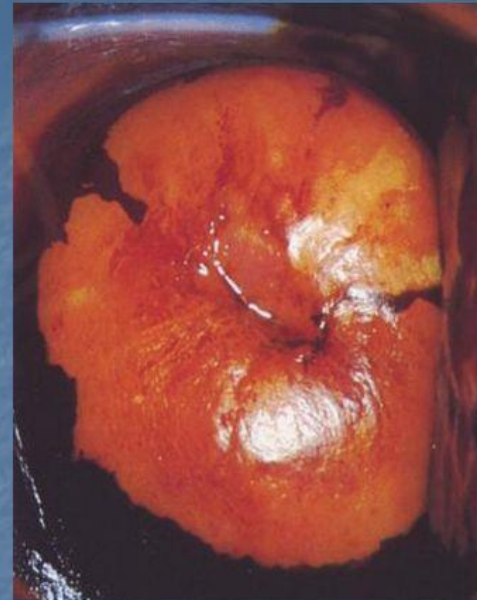
Classification cytologique de Bethesda

- Cellules Malpighiennes:
 - Lésion intra épithéliales de bas grade LSIL
 - Lésion intra épithéliale de haut grade HSIL
 - Atypies de signification indéterminée ASCUS
 - Atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade ASC H
- Cellules Glandulaires
 - Atypies des cellules glandulaires

Colposcopie



Après acide acétique:
Large zone blanche
péri_orificielle



Au Lugol:
la lésion est
iodo_négative

Histoire naturelle des néoplasies intracervicales (CIN) (d'après Östör [5]).

CIN	CIN 1	CIN 2	CIN 3
Régression spontanée	60 %	40 %	32 %
Persistance	30 %	40 %	-
Progression vers une CIN de grade supérieur	10 %	20 %	-
Progression vers un cancer invasif	1 %	5 %	> 12 %

Modalités de prise en charge des lésions dysplasiques ?

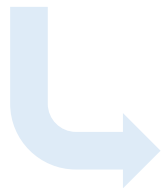
Techniques existantes

Techniques de destruction :

- Vaporisation au laser
- Cryothérapie

Techniques d'exérèse :

- Conisation : chirurgicale, laser, pointe
- Résection à l'anse diathermique



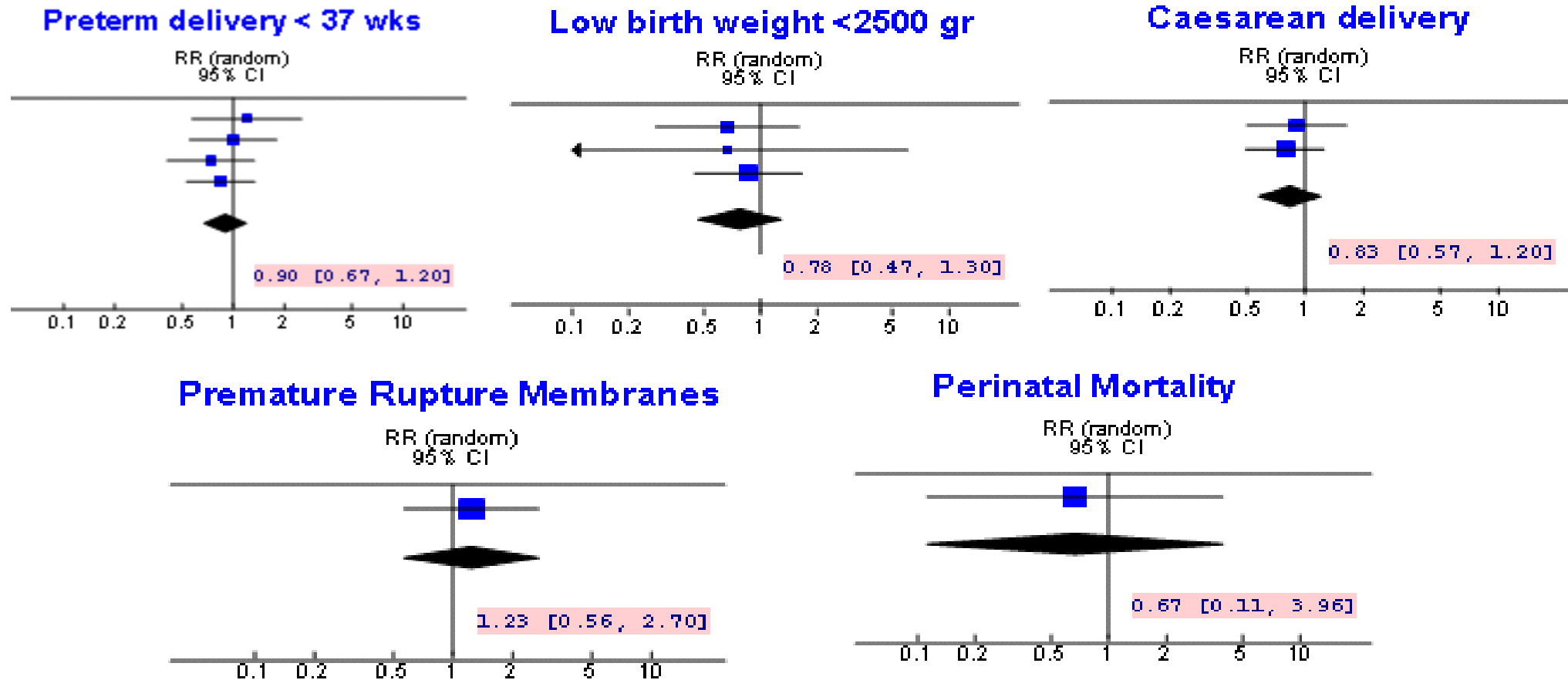
Efficacité thérapeutique équivalente à traitement d'exérèse
Pas d'analyse anatomopathologique
Profondeur de plus de 5 mm

Vaporisation Laser

- Consultation ou bloc opératoire
- Spéculum avec dispositif d'extraction de fumée
- Laser CO₂, de 20 à 30 W.
- Spot large de 1 mm
- Contrôle colposcopique
- Destruction profondeur > 5 mm

Vaporisation Laser

Pas de risque obstétrical significatif



Cryothérapie

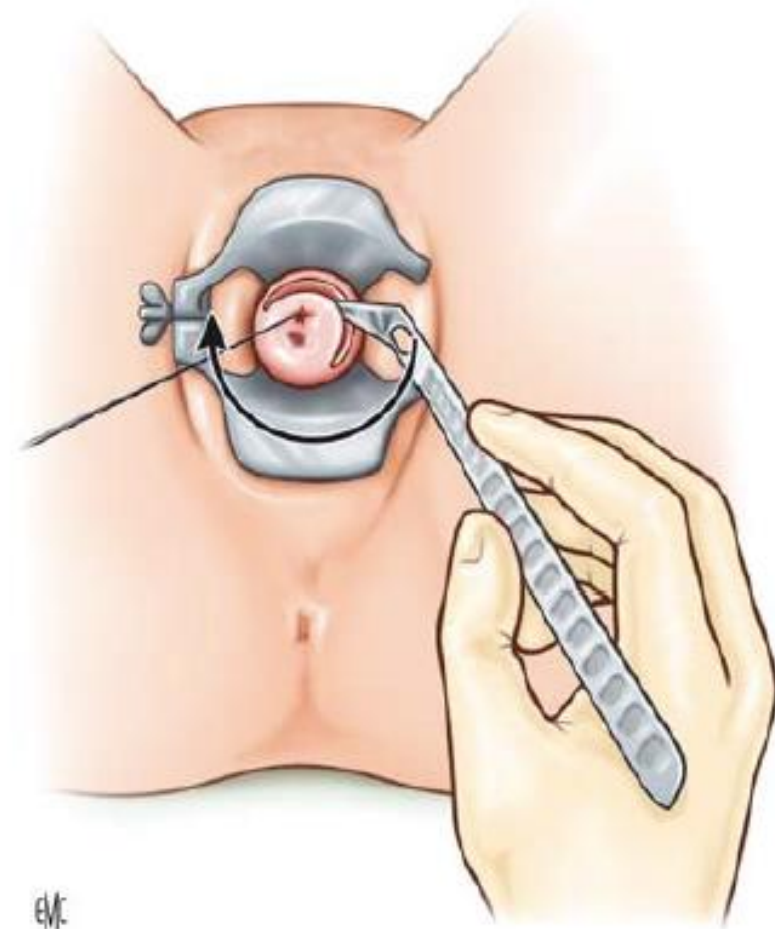
- Utilisée dans les pays en voie de développement
- Pas d'anesthésie
- Application d'une sonde froide sur le col.
- Peu précis, non guidé par une colposcopie
- Utilisation marginale en France

Conisation

- Retirer un cône de col de l'utérus emportant la zone de transformation et la lésion :
 - Bistouri froid
 - Laser
 - Pointe électrique

Conisation au bistouri froid

- Bloc opératoire, Anesthésie Générale.
- Spéculum court, deux points de traction.
- Incision circulaire
- Hémostase par points séparés ou surjet circulaire



Conisation laser

- Guidage colposcopique
- Laser CO2 puissant (50W)
- Spot fin de 0,5 mm
- Hémostase concomitante à la section
- Lésions thermiques périphériques perturbant la lecture anatomopathologique des marges de résection

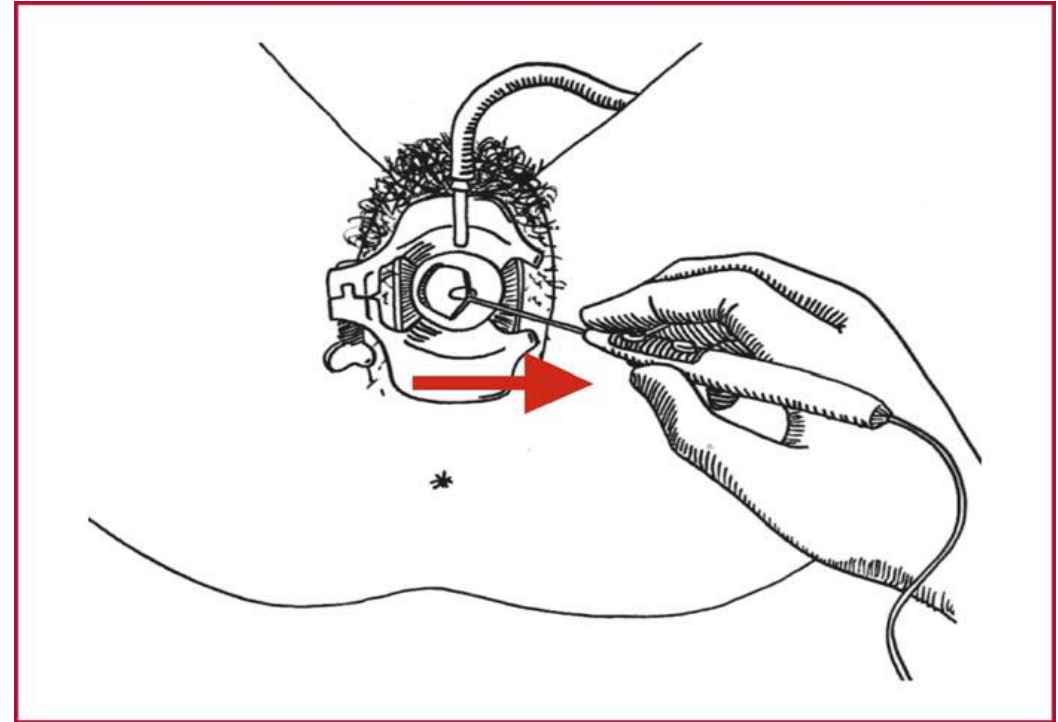
Conisation pointe fine

- Bistouri électrique avec pointe fine
- Réservé aux résections profondes pour lésions endocervicales



Electro-conisation à l'anse diathermique

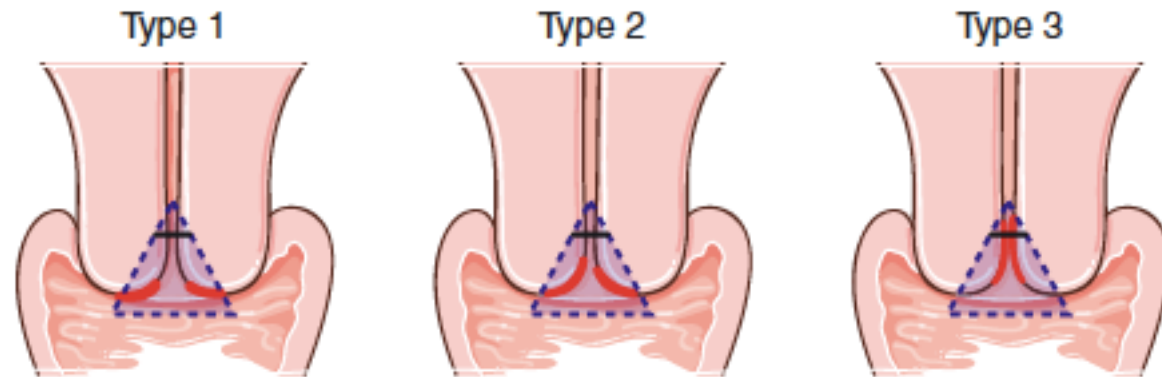
- Spéculum, dispositif extraction fumée
- Examen colposcopique :
 - Préalable
 - Pendant le geste
- Section pure, courant à 60
- Pas de fil tracteur
- Résection en un seul mouvement, latéral



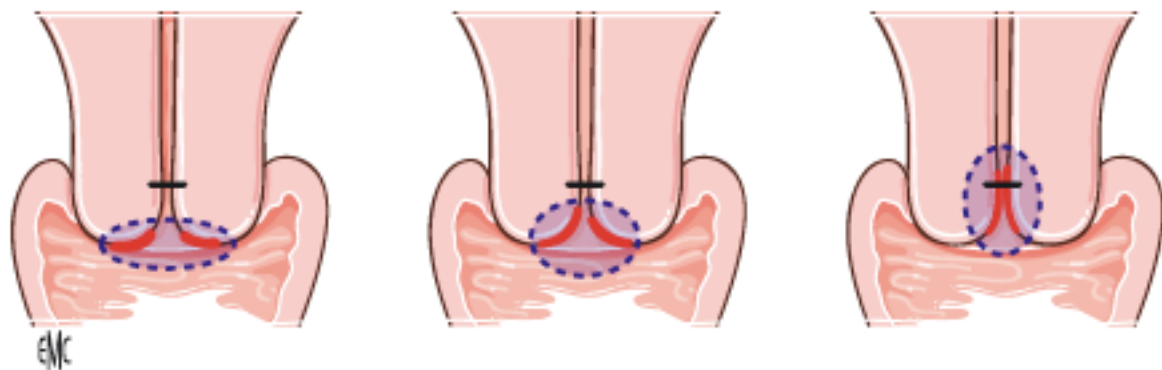
Electro-conisation à l'anse diathermique



Avantage contrôle colposcopique



Sans contrôle colposcopique



Sous contrôle colposcopique

Adaptation :

- Caractéristiques lésion
- Morphologie cervicale

ECAD et taille résection - berges

Table 2 Multiple linear regression analysis of factors having significant and independent effect on the diameter, depth and volume of the surgical specimen

	Diameter <75th percentile		Depth <10 mm		Volume <75th percentile	
	AOR (95 % CI)	<i>p</i>	AOR (95 % CI)	<i>p</i>	AOR (95 % CI)	<i>p</i>
Age ^a	0.92 (0.74–1.14)	0.428	0.68 (0.55–0.84)	<0.001	0.73 (0.59–0.90)	0.004
Colposcopic examination before LLETZ ^b	0.65 (0.33–1.29)	0.219	1.12 (0.66–11.44)	0.679	0.85 (0.48–1.52)	0.585
LLETZ under direct colposcopic vision ^c	0.23 (0.12–0.45)	<0.001	6.26 (3.43–11.44)	<0.001	1.76 (0.94–3.30)	0.079

Table 3 Multiple linear regression analysis of factors having significant independent effect on the margin status and surgical specimen dimensions of patients with CIN (*n* = 384)

	Negative margins		Negative margins and depth <75th percentile		Negative margins and volume <75th percentile	
	AOR (95 % CI)	<i>p</i>	AOR (95 % CI)	<i>p</i>	AOR (95 % CI)	<i>p</i>
Age ^a	0.84 (0.66–1.08)	0.184	0.83 (0.66–1.05)	0.129	0.67 (0.51–0.87)	0.003
Colposcopic examination before LLETZ ^b	1.81 (0.99–3.32)	0.055	1.21 (0.66–2.21)	0.546	2.10 (0.98–4.53)	0.058
LLETZ under direct colposcopic vision ^b	4.61 (2.37–8.99)	<0.001	3.67 (1.97–6.86)	<0.001	12.96 (5.99–28.05)	<0.001

Techniques de résection

vs.

Complications obstétricales

Fertility and early pregnancy outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial neoplasia (Review)



Cochrane Database of Systematic Reviews

Kyrgiou M, Mitra A, Arbyn M, Paraskevaidi M, Athanasiou A, Martin-Hirsch PPL, Bennett P, Paraskevaidis E 2015

Risques obstétricaux	Odd ratio (OR, IC 95%)
Accouchement prématuré	2.59 (1.80-3.72)
Rupture prématurée des membranes	2.69 (1.62-4.46)
Césarienne	3.17 (1.07-9.40)
Petit poids de naissance (<2500g)	2.53 (1.19-5.36)

Conisation à l'anse diathermique : quelles conséquences ?

Pour **106** conisations → 1 enfant ayant un poids < 2000g
Pour **143** conisations → 1 naissance < 32/34 semaines d'aménorrhée
Pour **500** conisations → 1 décès périnatal

Méta-analyse réalisée à partir d'extraction des bases Medline et Embase de janvier 1960 à décembre 2007. Une cohorte prospective et 19 études rétrospectives sont retenues.
Poids < 2000 g : 1 étude ; Naissance < 32/34 semaines d'aménorrhée : 4 études ; Décès périnatal : 7 études

Arbyn M *et al.* Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia:meta-analysis. BMJ 2008;337:a1284.

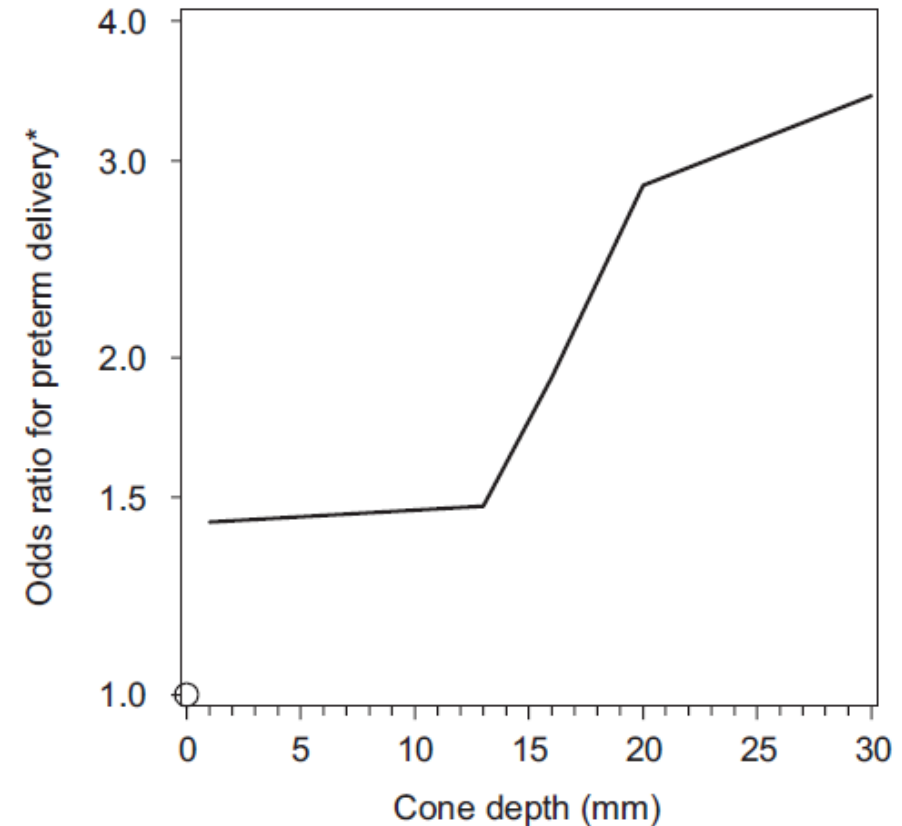
Prématurité / profondeur résection

Etude danoise : 1997 - 2005

552 678 naissances singletons
19049 prématurés

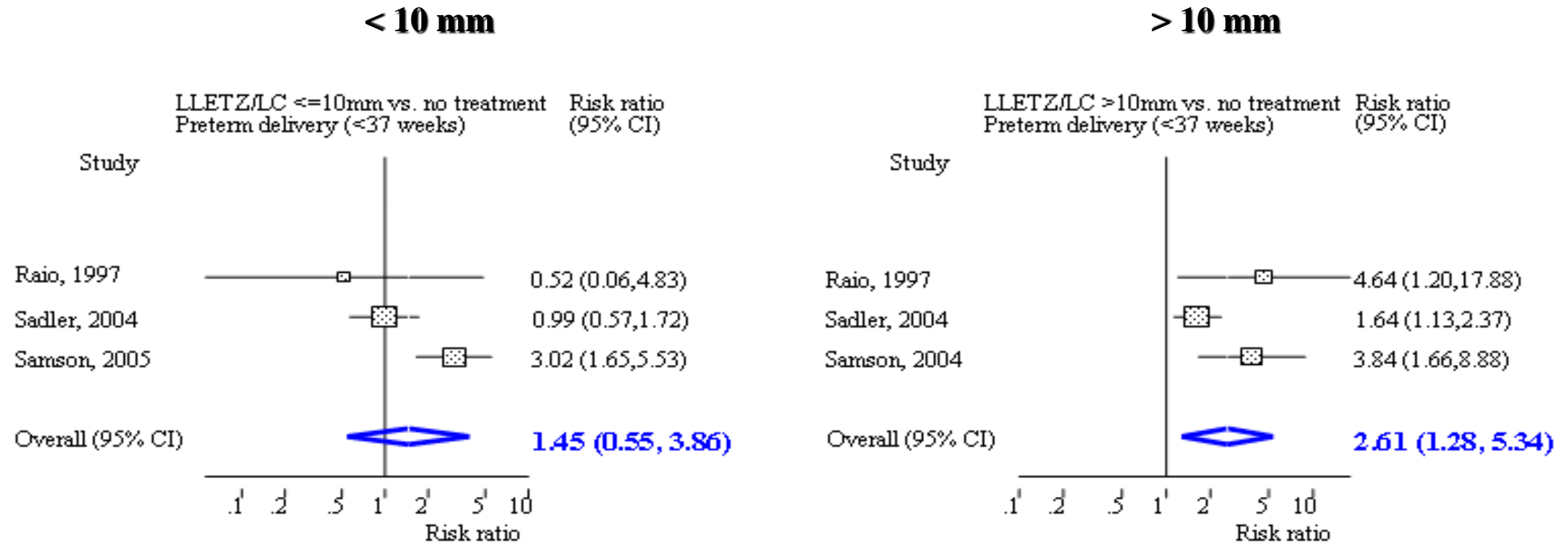
6% augmentation de risque
d'accouchement prématuré pour chaque
millimètre de tissu résequé (OR: 1,06 95%
[1,03-1,09])

ECAD: RR X2 / pas d'ECAD
≥ 2 ECAD: RR X4 / pas d'ECAD



La résection à l'anse diathermique

→ risque prématurité dépendant de la profondeur



Profondeur : > 10 mm
< 10 mm

RR: 2.6, 95% CI: 1.3-5.3
RR: 1.5, 95% CI: 0.6-3.9

Adaptation de la taille des anses aux lésions

Anses de 10mm ou 15mm de profondeur



Complications obstétricales ECAD

Le traitement par électrorésection à l'anse diathermique n'est pas associé au risque de :

- Prématurité
- Fausse couche
- Mortalité périnatale
- Petit poids de naissance
- Accouchement par césarienne

Techniques de résection

vs.

Risque de sténose cervicale

Risque de sténose cervicale ?

Méta-analyse de Martin-Hirsch et al, 2013 :

- Pas de différence significative entre les traitements :
 - Ablation laser vs. Cryothérapie
 - Conisation laser vs. ECAD
 - Conisation bistouri vs. ECAD
- Différence significative en faveur de la conisation laser :
 - Conisation laser vs. Conisation bistouri

Deux méta-analyses avec données sur sténose (Dolman, 2014 et Sauvaget, 2013) :

- Taux de sténose < 1%

Avantages vs. Inconvénients des traitements des lésions intraépithéliales du col de l'utérus

	Traitement destructeur			Traitement d'exérèse	
	<i>Vaporisation au laser</i>	<i>Cryothérapie</i>	<i>Conisation chirurgicale</i>	<i>Conisation au laser</i>	<i>Résection à l'anse</i>
Réalisation sous contrôle colposcopique direct	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Anesthésie	Aucune	Aucune	Générale	Locale ou générale	Locale
Efficacité	Équivalente	Équivalente	Équivalente	Équivalente	Équivalente
Simplicité	Équipement adapté	Traitement le moins cher et le plus simple	Bloc opératoire	Équipement adapté Bloc opératoire	Simple et rapide Bloc opératoire
Volume détruit ou réséqué	Adapté Possibilité d'un geste « sur mesure »	Aléatoire	Généralement important	Généralement important	Adapté Possibilité d'un geste « sur mesure »
Analyse histologique pour diagnostic de certitude	Non Risque de méconnaître une lésion micro-infiltrante	Non Risque de méconnaître une lésion micro-infiltrante	Oui	Oui	Oui
Douleurs peropératoires	Minimes	Minimes	-	Plus marquées	Minimes
Hémorragie per- et postopératoire	Rares	Rares	Rares mais possibles jusqu'à 4 semaines après le geste	Rares mais possibles jusqu'à 4 semaines après le geste	Rares mais possibles jusqu'à 4 semaines après le geste
Morbidité obstétricale	Non	Non	Oui Accouchement prématuré Petit poids de naissance (< 2 500 g) Naissance par césarienne	Non	Oui Accouchement prématuré Petit poids de naissance (< 2 500 g) Rupture prématurée des membranes
Morbidité néonatale	Non	Non	Oui Mortalité périnatale Prématurité sévère (< 34 SA) et extrême (< 30 SA) Petit poids de naissance (< 2 000 g)	Oui Petit poids de naissance (< 2 000 et < 1 500 g)	Non
Risque de colposcopie insatisfaisante	Non	Non	Possible	Possible	Possible

Nouvelles recommandations françaises INCa 2017

Electroconisation à l'anse diathermique :

- Sous contrôle colposcopique pour limiter la taille de la résection
- Pas de deuxième résection systématique si berges non saines
- Introduction du statut HPV dans le suivi

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE

/Recommandations et référentiels

REF. REC00031INT2016 ISBN 978-2-87219-248-4 ISBN NET 978-2-87219-260-1

RECOMMANDATIONS



MESSAGES GÉNÉRAUX



CONDUITE
DIAGNOSTIQUE



INDICATIONS
THÉRAPEUTIQUES

A...

ABRÉVIATIONS



MÉTHODES



GRUPE DE TRAVAIL
ET RELECTEURS



PLUS
D'INFORMATIONS
SUR CES
RECOMMANDATIONS



INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

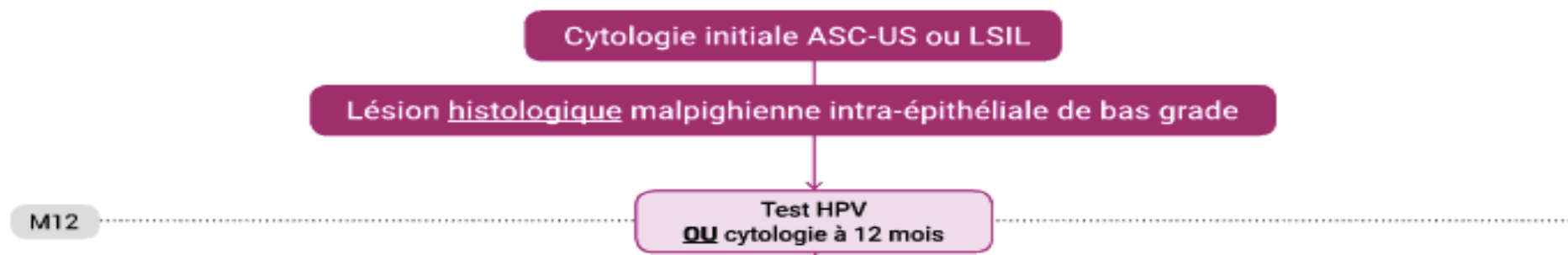
- A** LÉSION HISTOLOGIQUE MALPIGHIEUNE INTRA-ÉPITHÉLIALE DE BAS GRADE
- B** LÉSION HISTOLOGIQUE MALPIGHIEUNE INTRA-ÉPITHÉLIALE DE HAUT GRADE
- C** ADÉNOCARCINOME IN SITU (AIS)

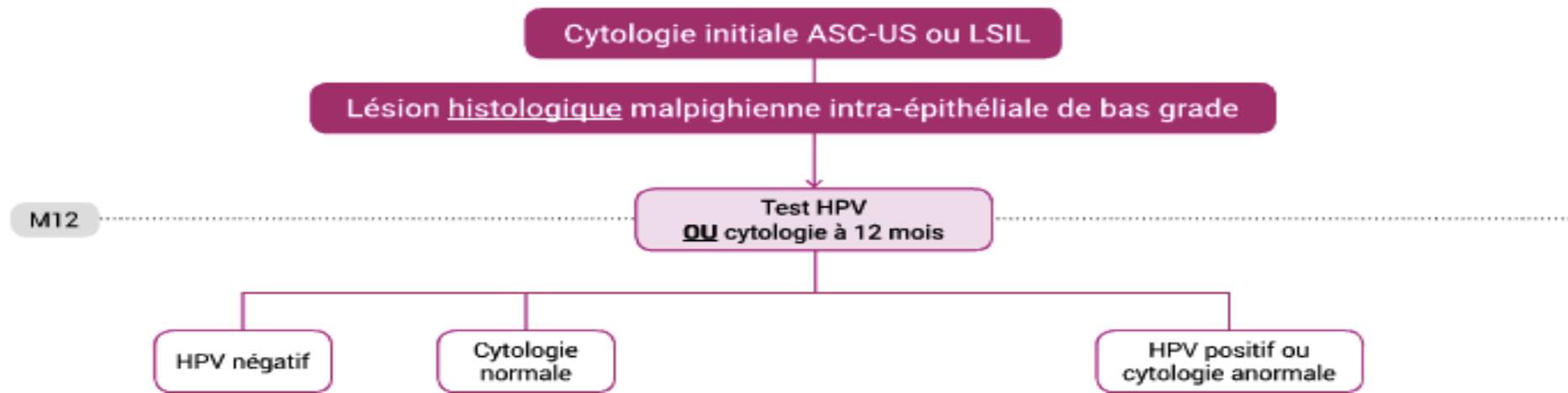


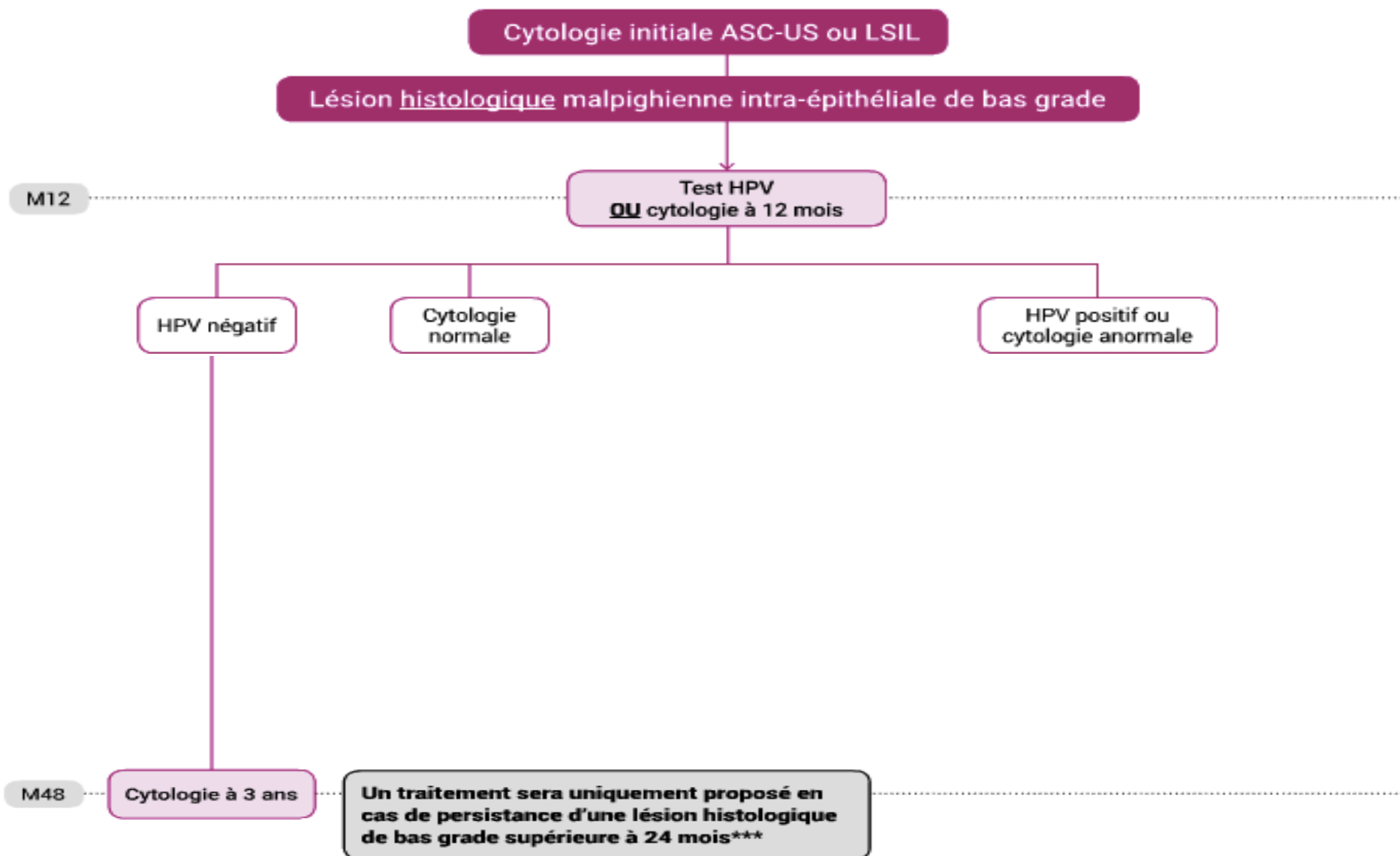
Prise en charge d'une lésion de bas grade

Cytologie initiale ASC-US ou LSIL

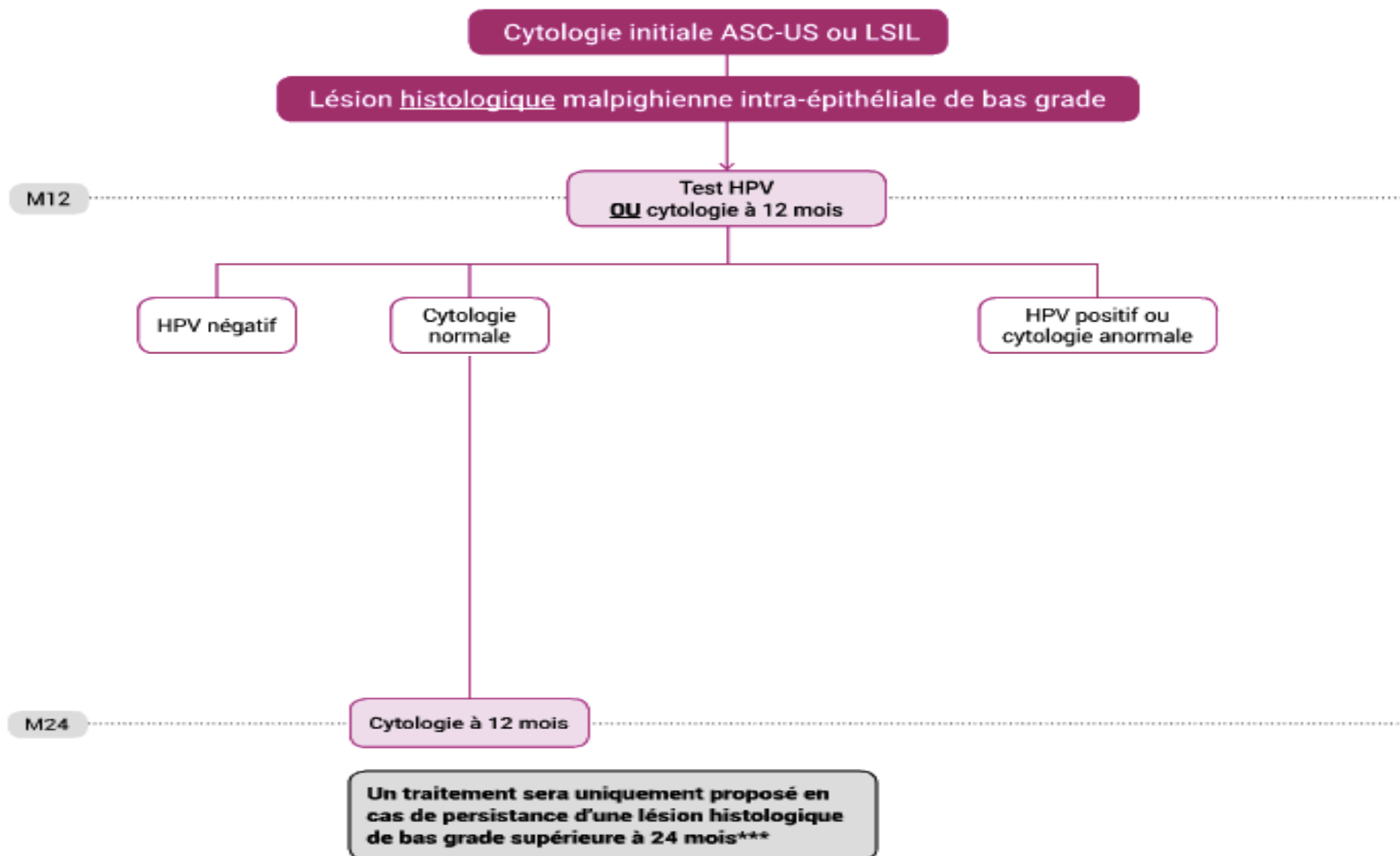
Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade



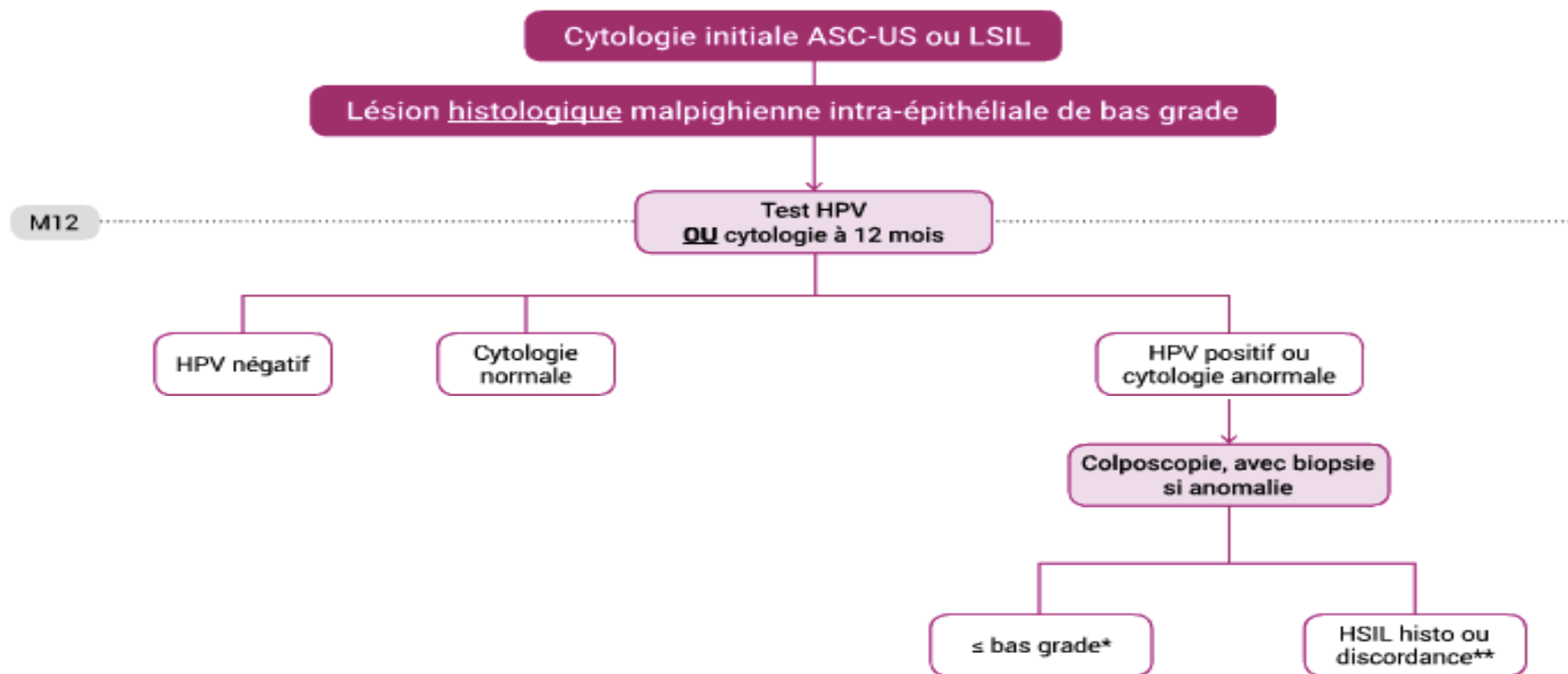




*** Une méthode de destruction sera proposée de façon préférentielle (en raison de l'absence de conséquences obstétricales significatives). La conisation n'est pas systématique, il est possible de continuer la surveillance.



*** Une méthode de destruction 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.



Un traitement sera uniquement proposé en cas de persistance d'une lésion histologique de bas grade supérieure à 24 mois***

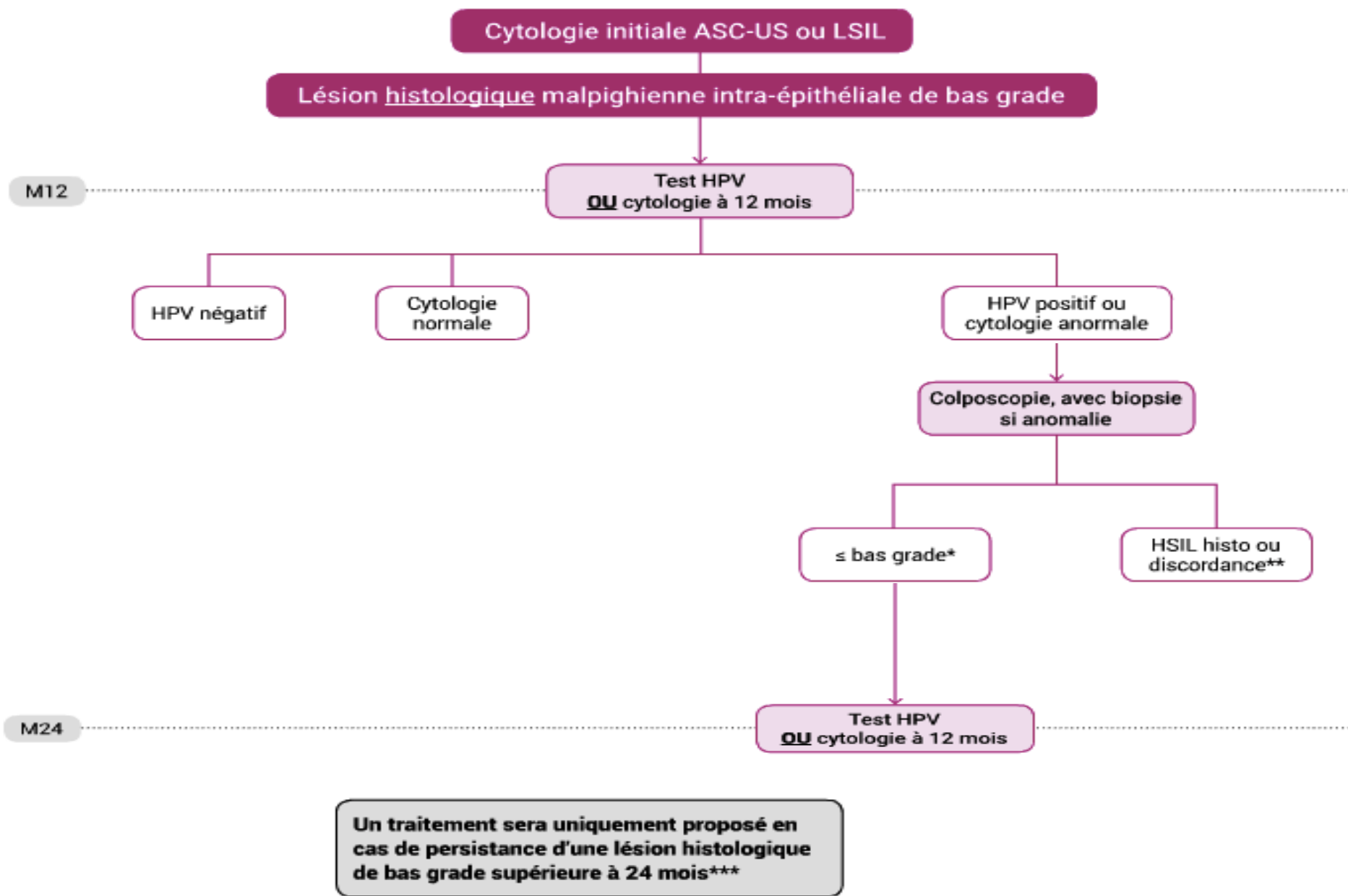
HSIL histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade.

* ≤ 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.

*** Une méthode de destruction 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.

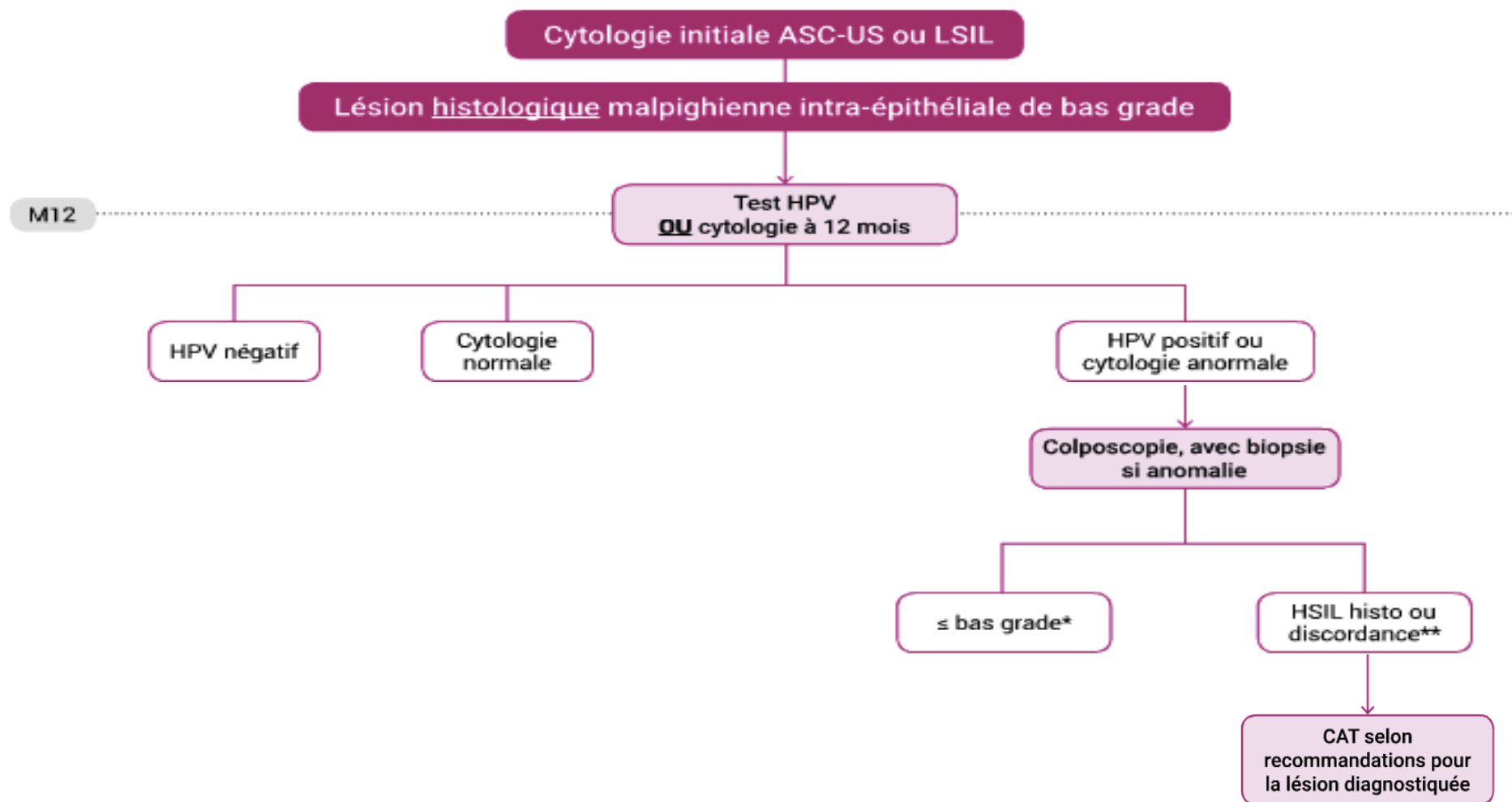


HSIL histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade.

* ≤ 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.

*** Une méthode de destruction 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.



Un traitement sera uniquement proposé en cas de persistance d'une lésion histologique de bas grade supérieure à 24 mois***

HSIL histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade.

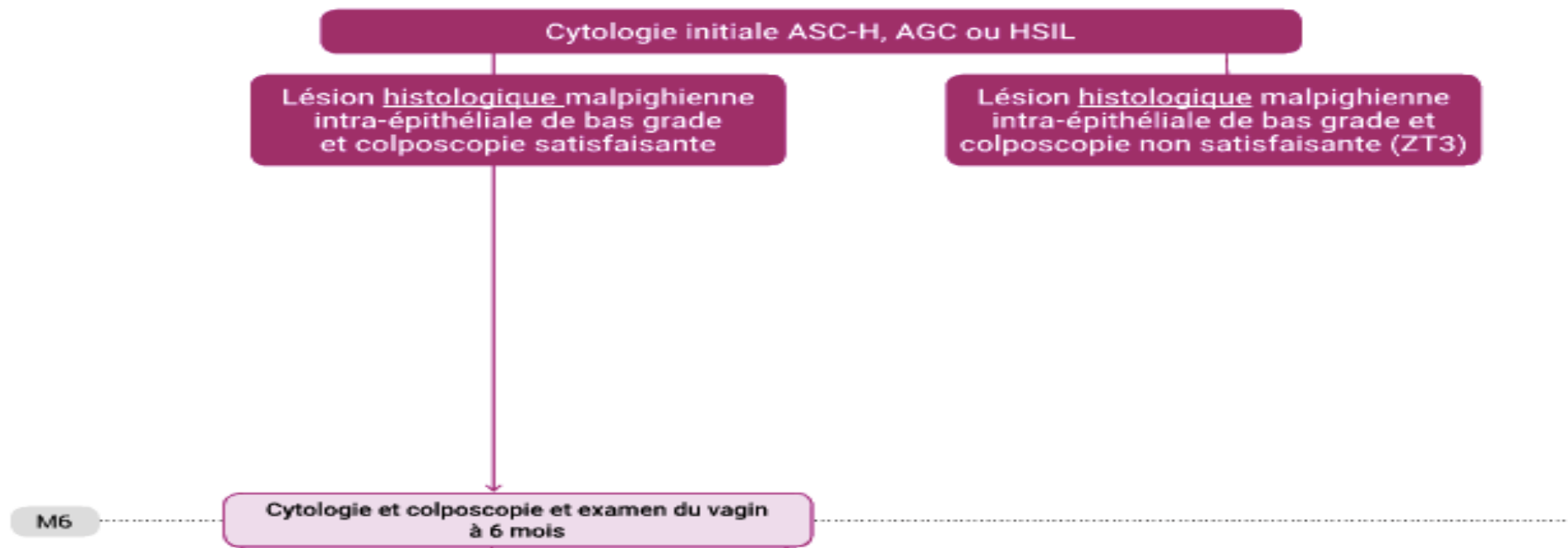
* ≤ bas grade = colposcopie satisfaisante et normale ou lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade.

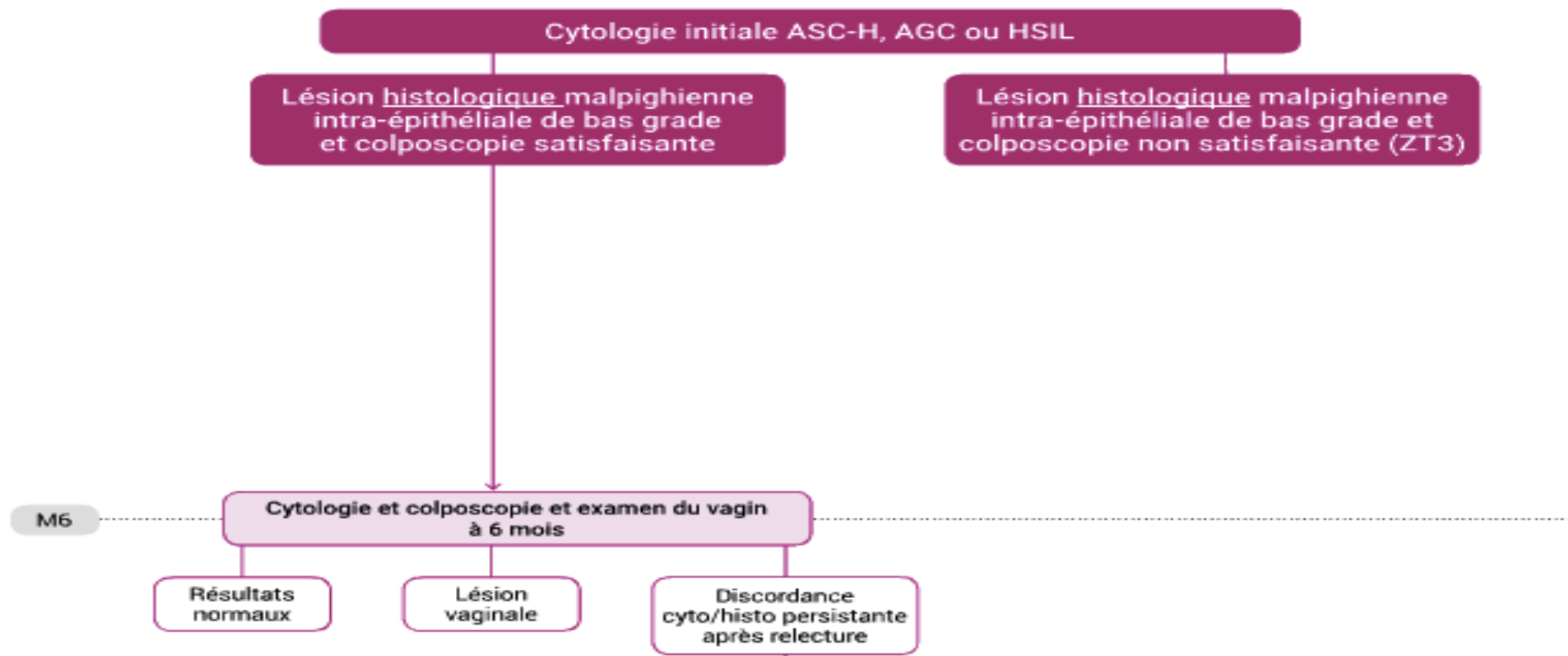
** Discordance = cytologie de haut grade et biopsie de bas grade.

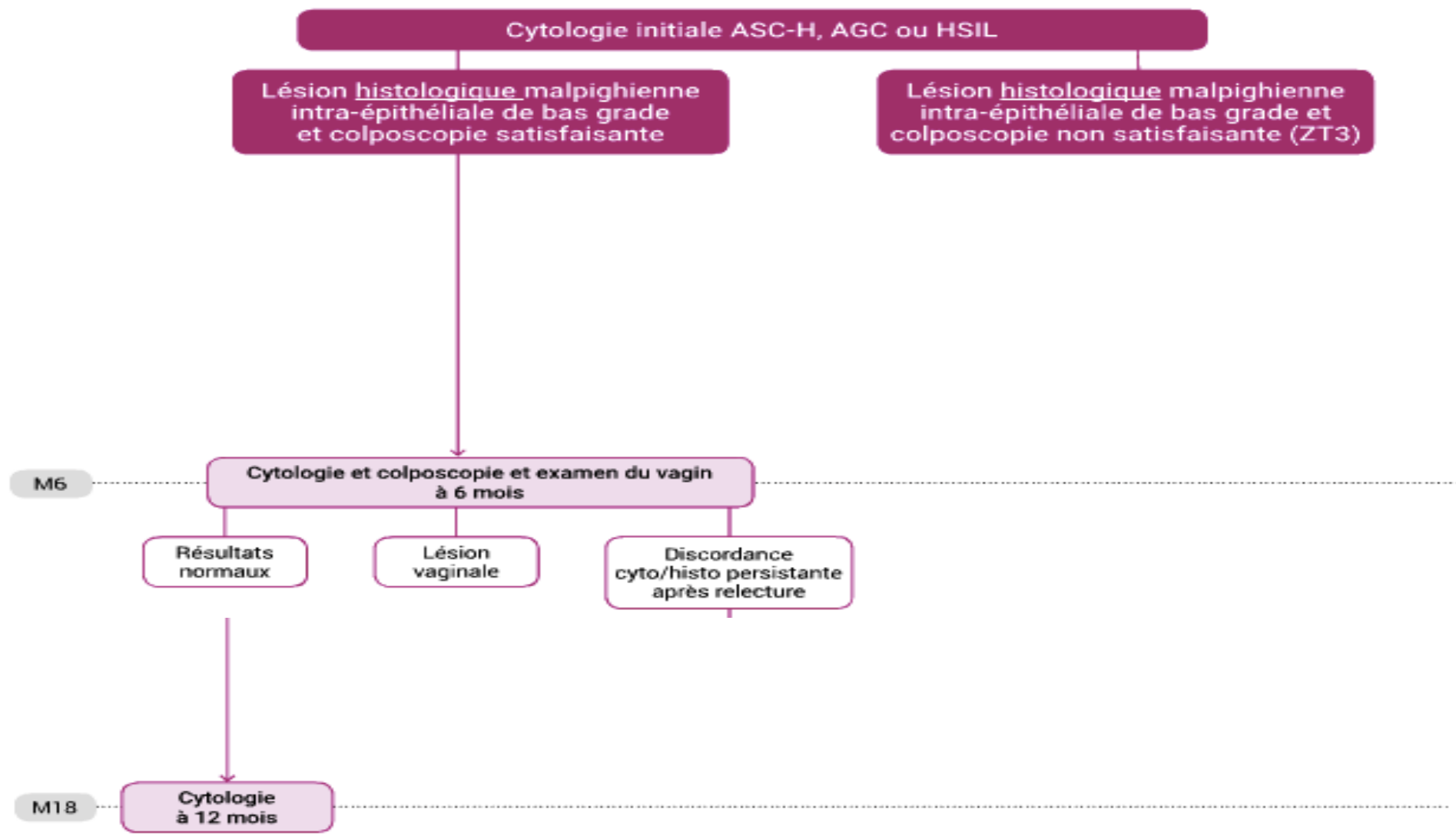
*** Une méthode de destruction sera proposée de façon préférentielle (en raison de l'absence de conséquences obstétricales significatives).

La conisation n'est pas systématique, il est possible de continuer la surveillance.

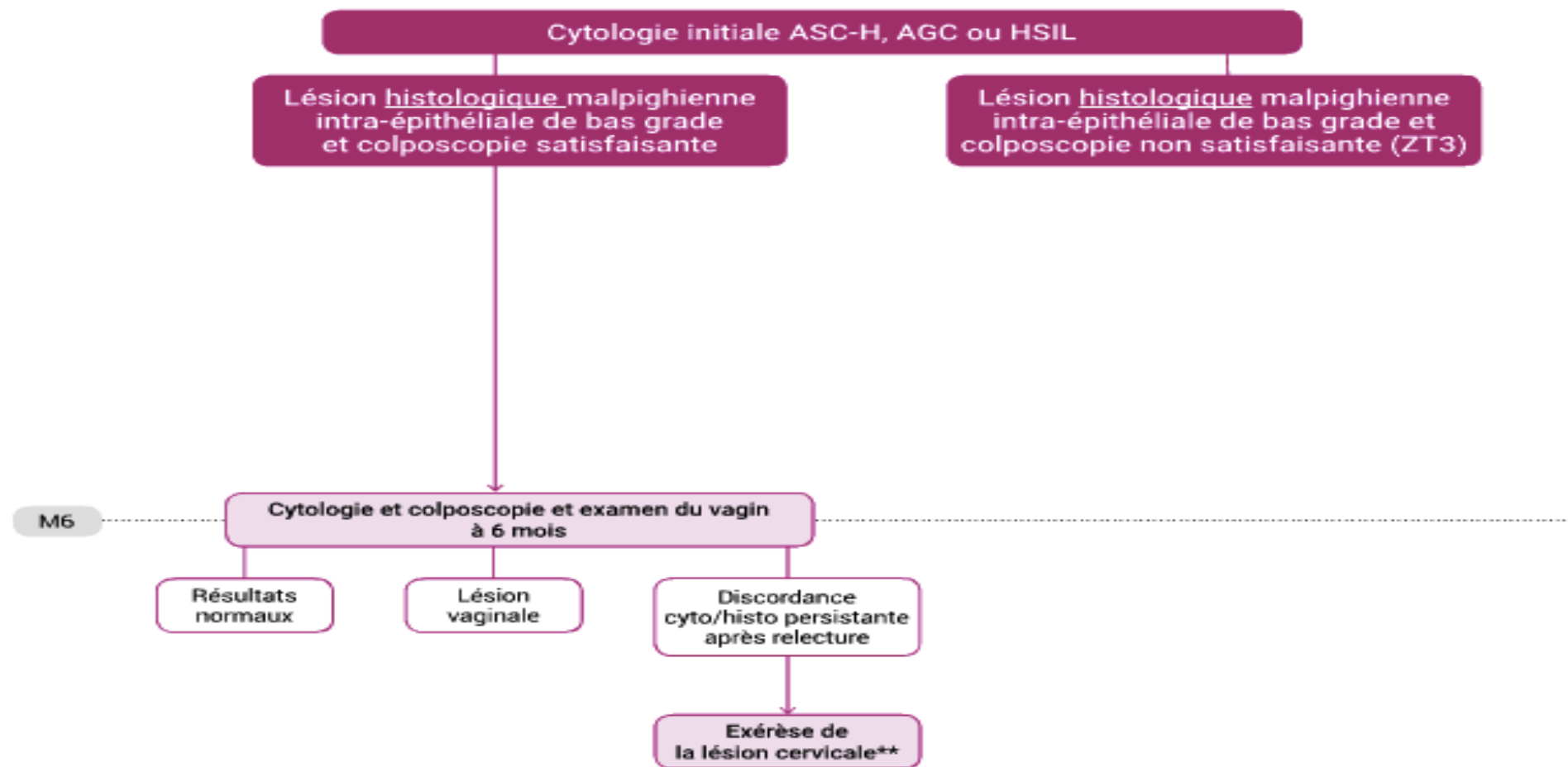








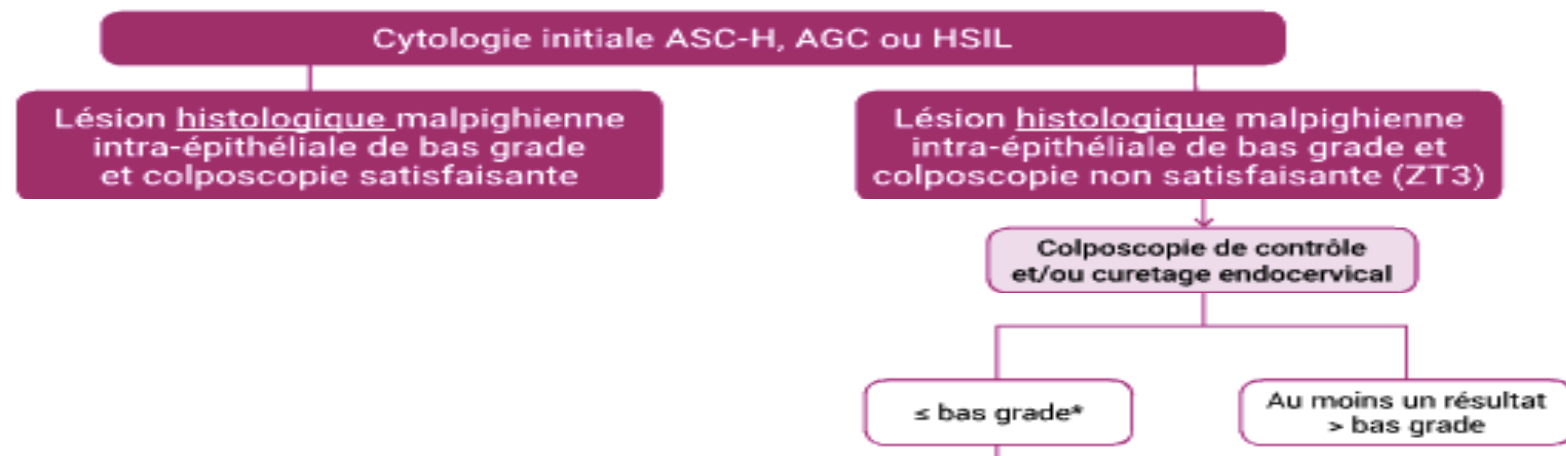
Cyto = cytologie ; histo = histologie.

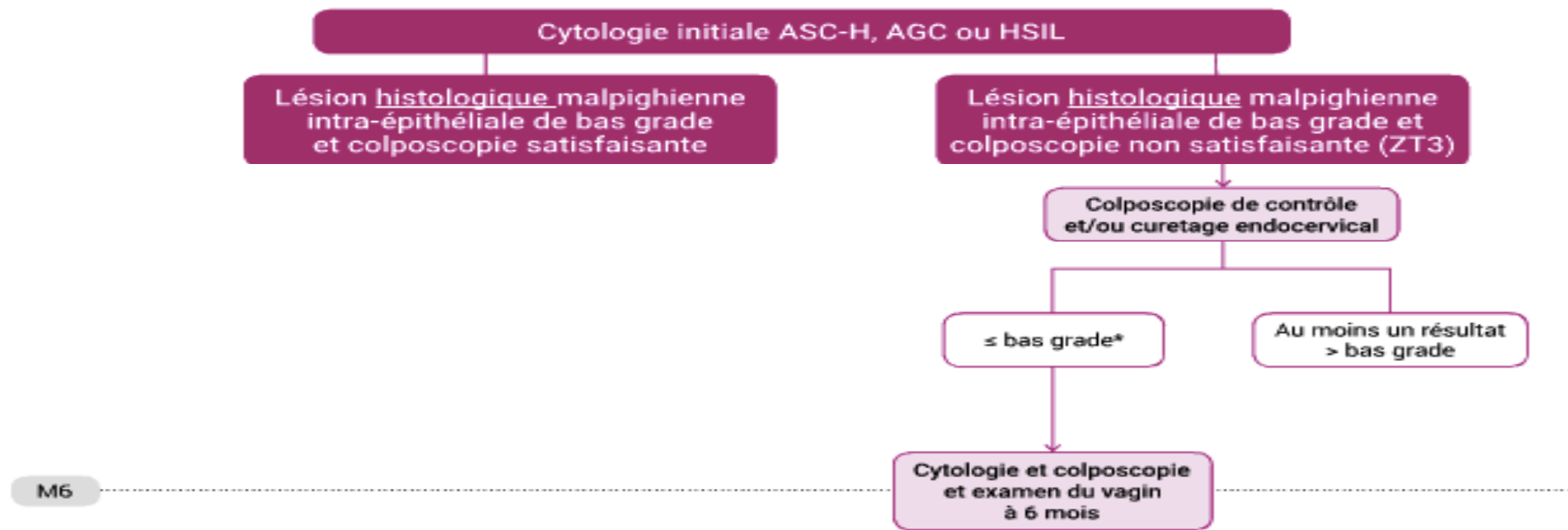


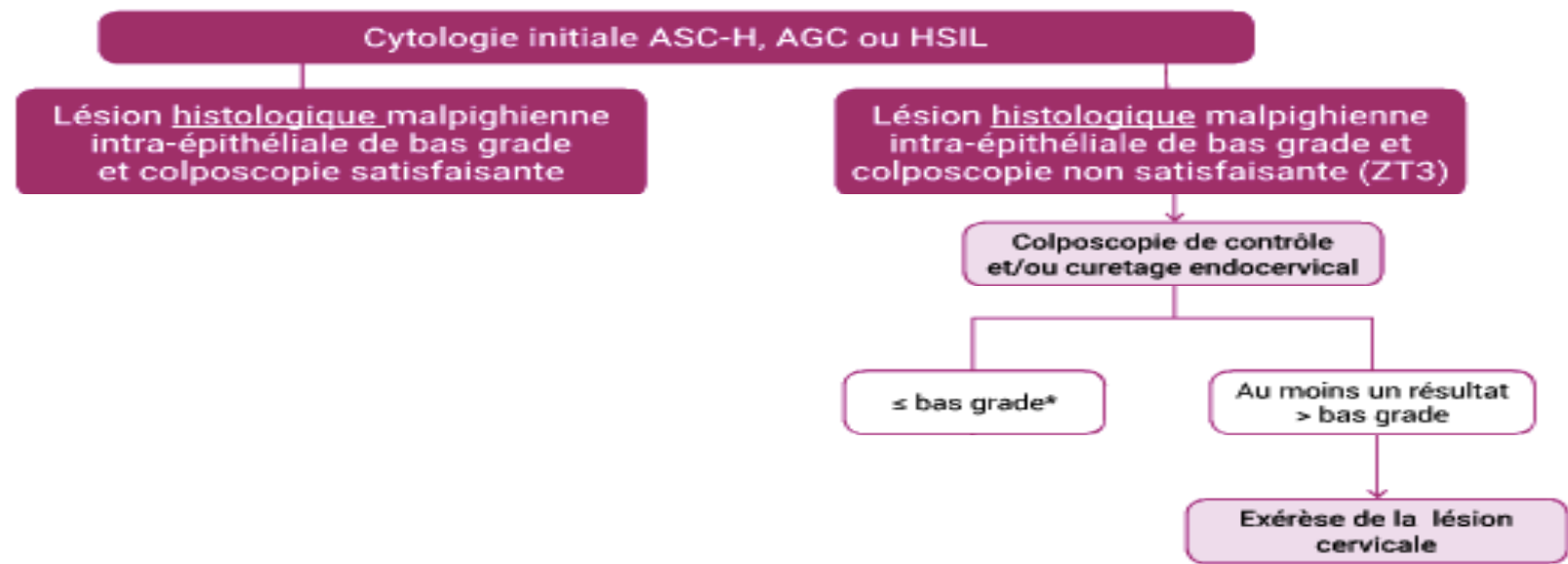
Cyto = cytologie ; histo = histologie.

** Exérèse recommandée par électrorésection à l'anse diathermique sous contrôle colposcopique.



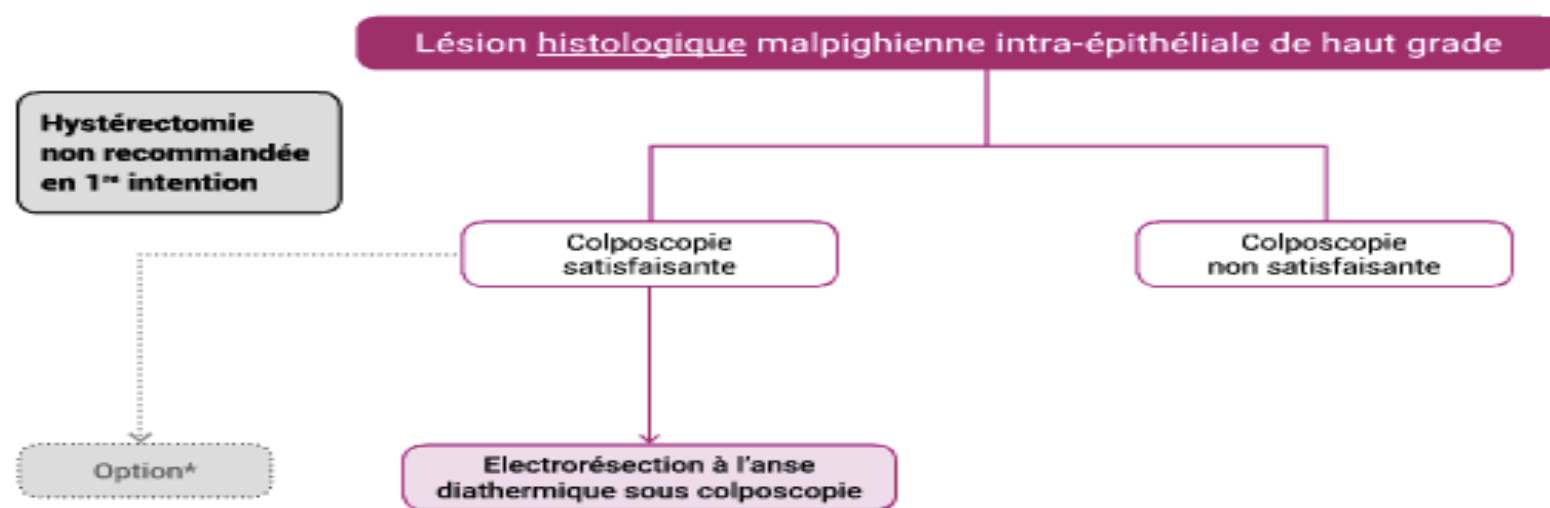






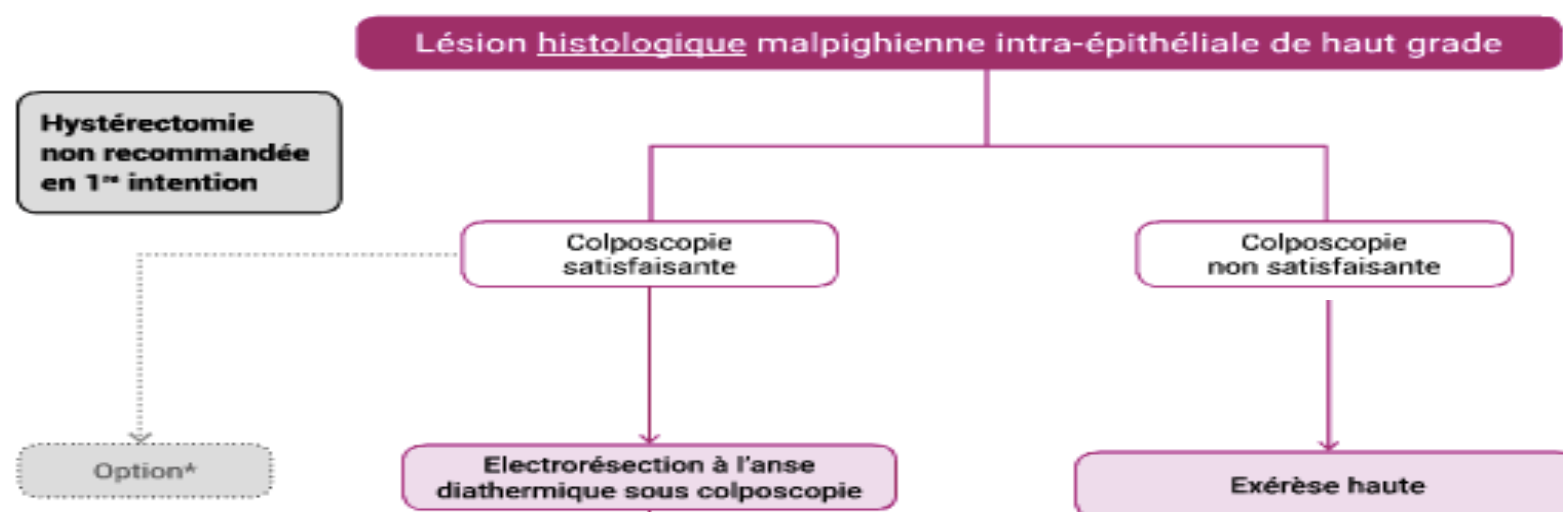
Prise en charge d'une lésion de haut grade





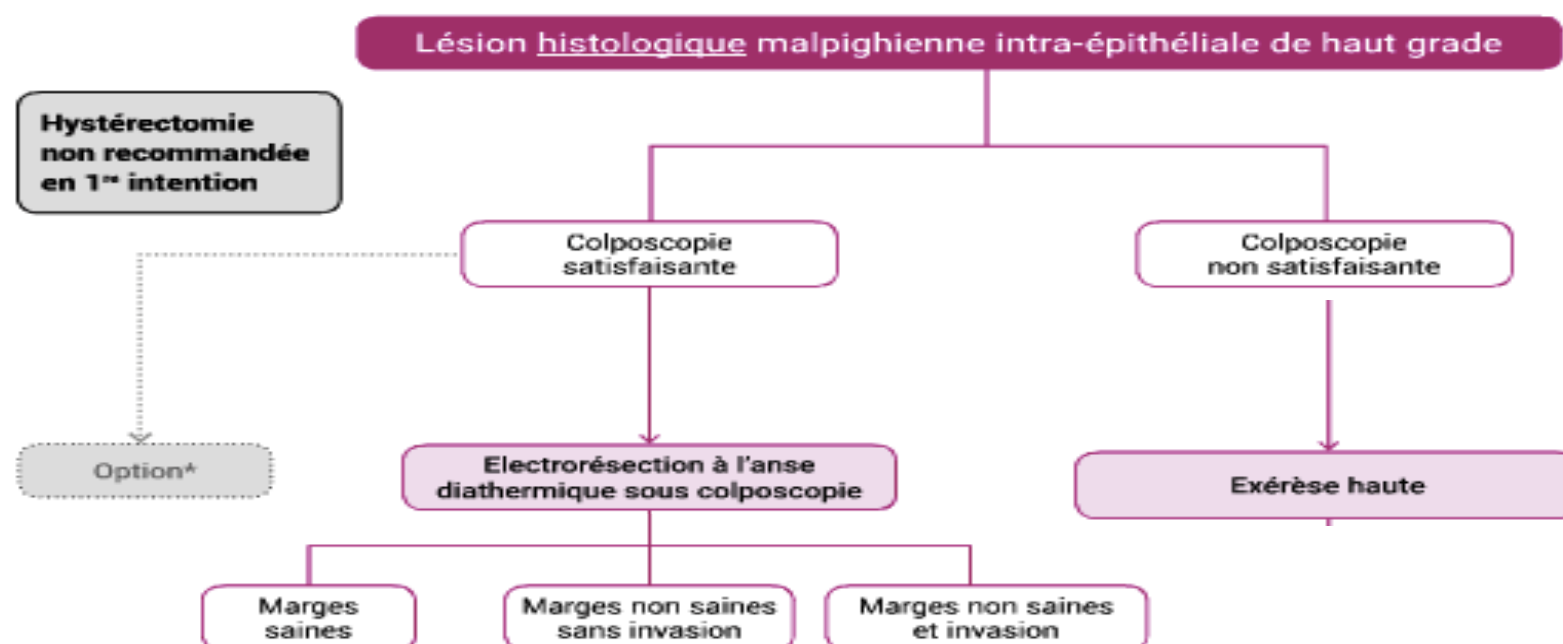
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction pavimonto-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



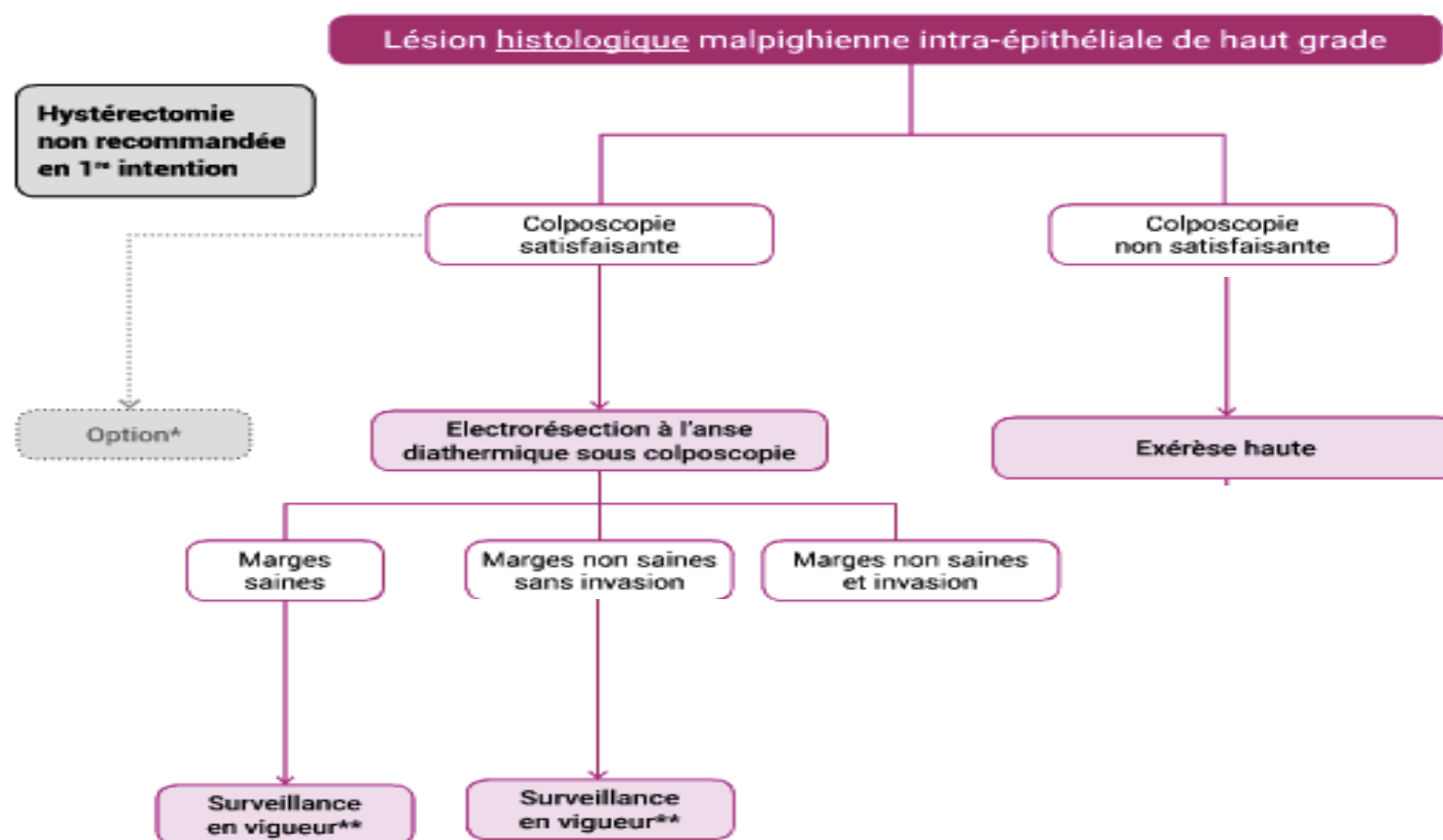
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction pavimonto-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



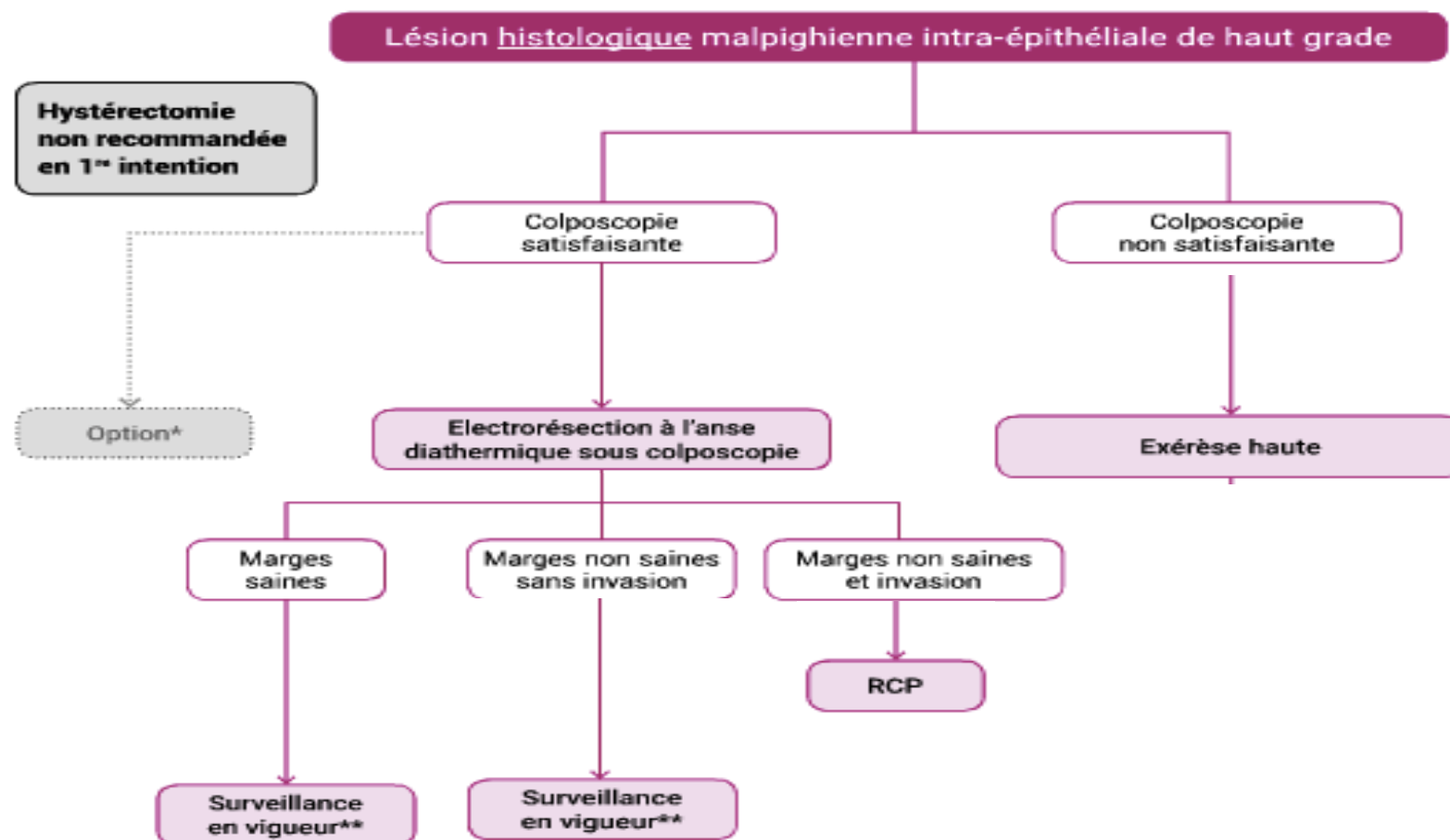
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction paviménto-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



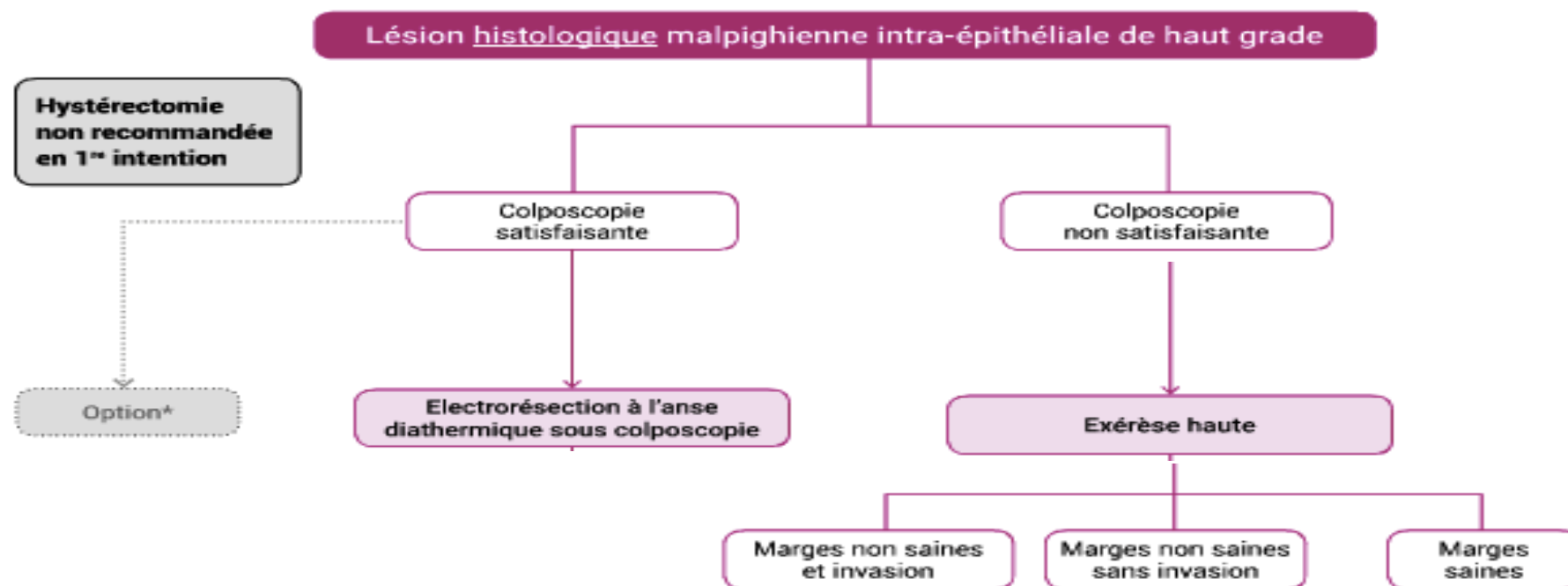
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction paviménto-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



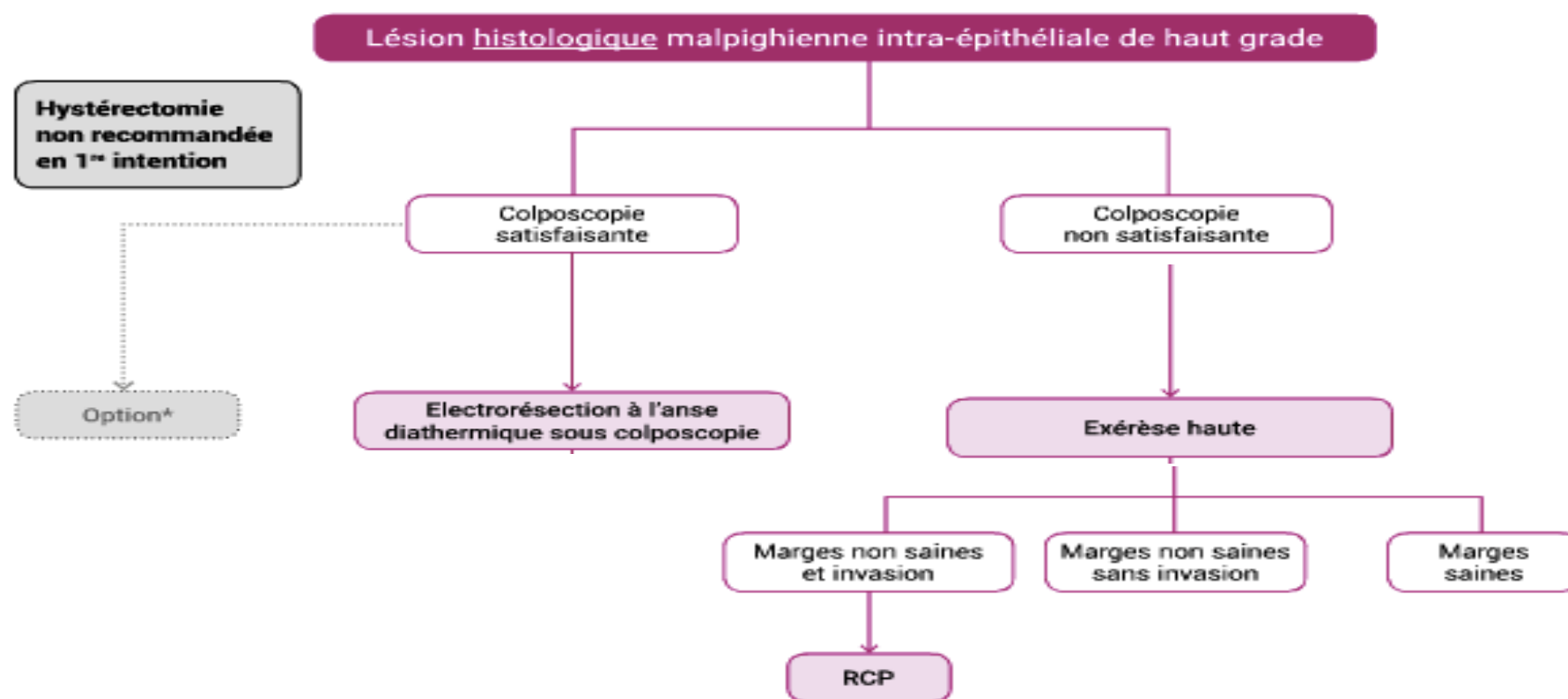
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction paviménto-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



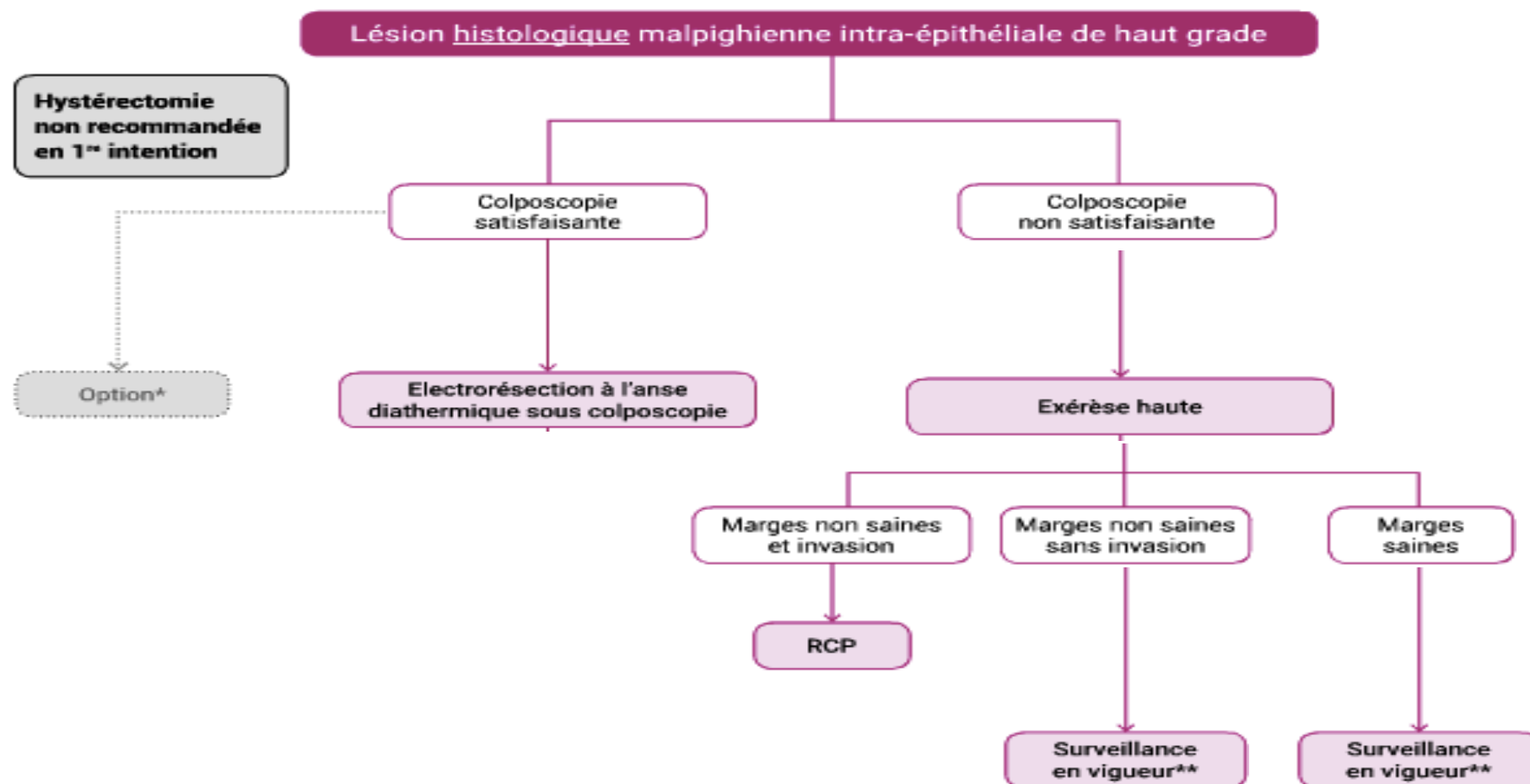
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction pavimento-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



* 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).

** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



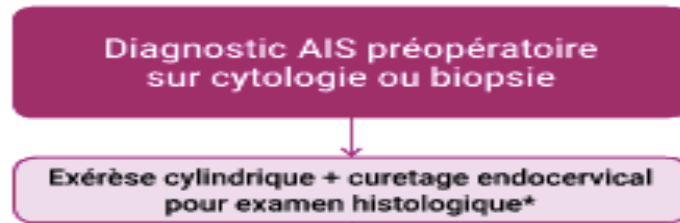
* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction paviméno-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une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

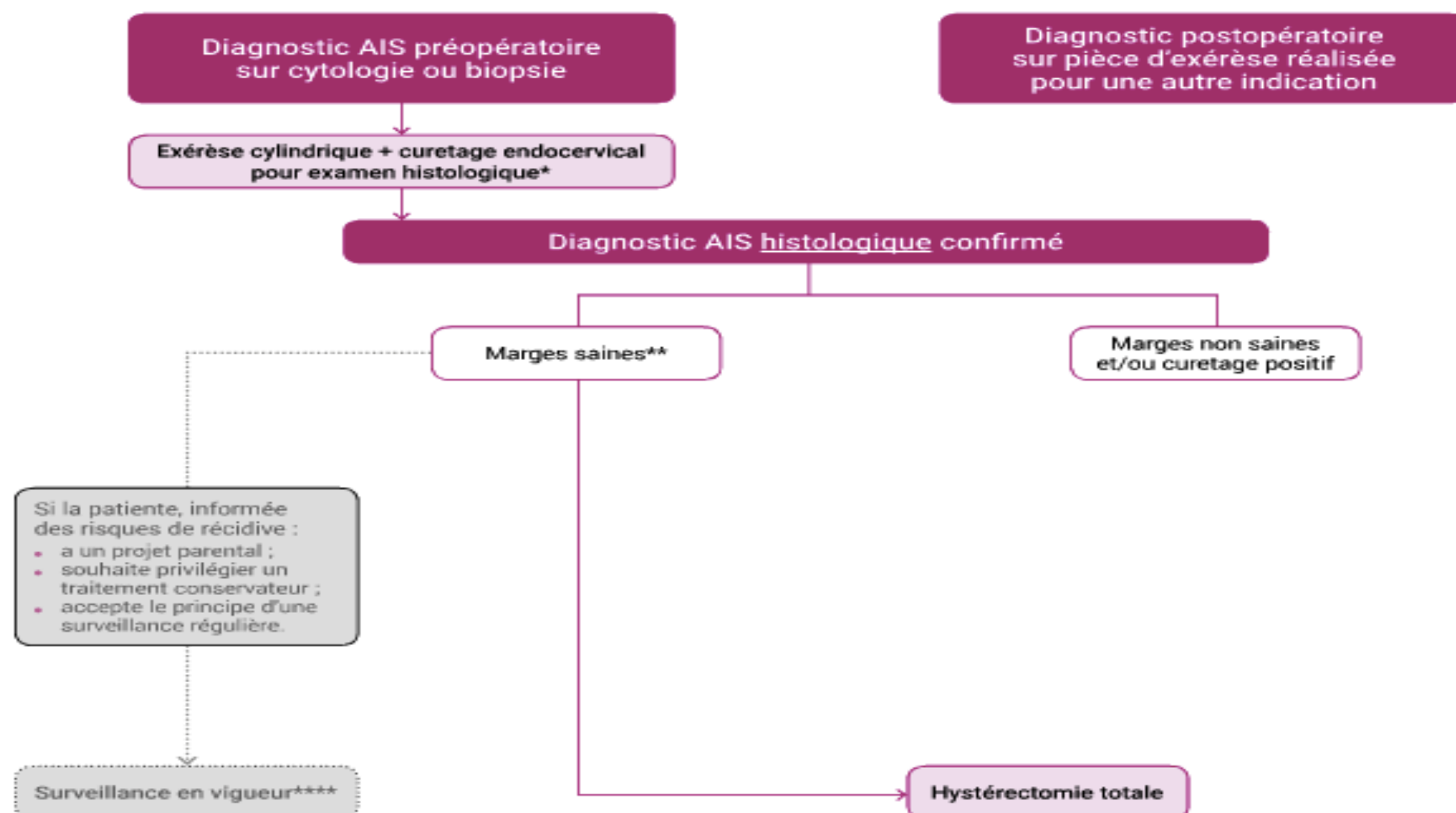
** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.

Prise en charge d'un adénocarcinome in-situ

Arbre 15 Adénocarcinome *in situ* histologique confirmé

 AFFICHER L'ARBRE
MASQUER L'ARBRE

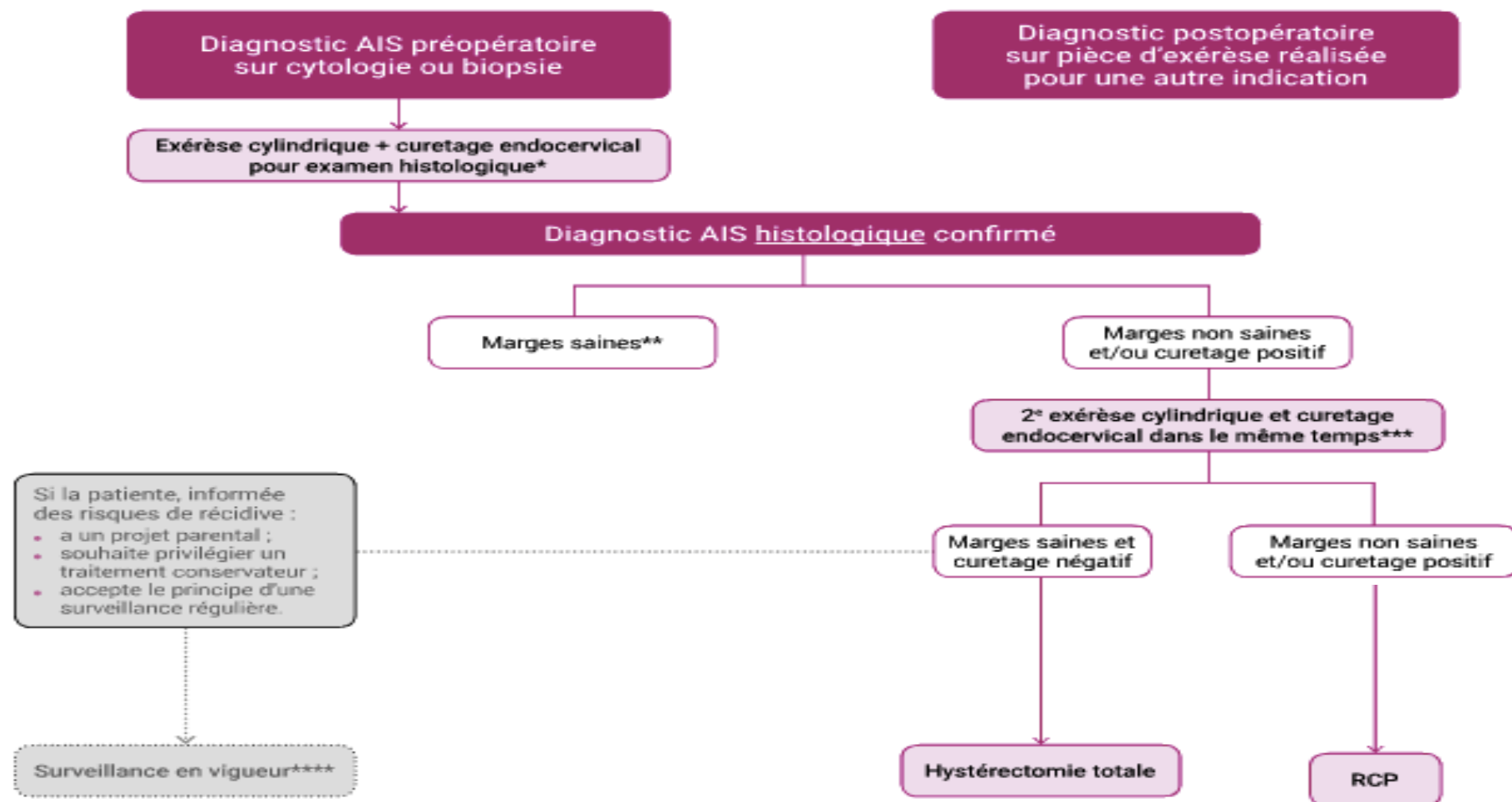




* Cylindrectomie par électroréssection à l'anse diathermique ou conisation au bistouri froid. Hystérectomie non recommandée en raison du risque de sous-traitement en cas d'invasion méconnue.

** Marge saine = absence de lésion au contact des berges (latérales, endo et exocervicales). Il n'existe pas de définition précisant la distance minimale de la lésion par rapport aux berges.

**** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont pas été évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.



Si la patiente, informée des risques de récurrence :

- a un projet parental ;
- souhaite privilégier un traitement conservateur ;
- accepte le principe d'une surveillance régulière.

Surveillance en vigueur****

* Cylindrectomie par électroréssection à l'anse diathermique ou conisation au bistouri froid. Hystérectomie non recommandée en raison du risque de sous-traitement en cas d'invasion méconnue.

** Marge saine = absence de lésion au contact des berges (latérales, endo et exocervicales). Il n'existe pas de définition précisant la distance minimale de la lésion par rapport aux berges.

*** Afin d'éliminer une éventuelle lésion invasive résiduelle.

**** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont pas été évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.

SEPTEMBRE 2019

/Synthèse

**SURVEILLANCE
POST-
THÉRAPEUTIQUE
DES LÉSIONS
PRÉCANCÉREUSES
DU COL
DE L'UTÉRUS**

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

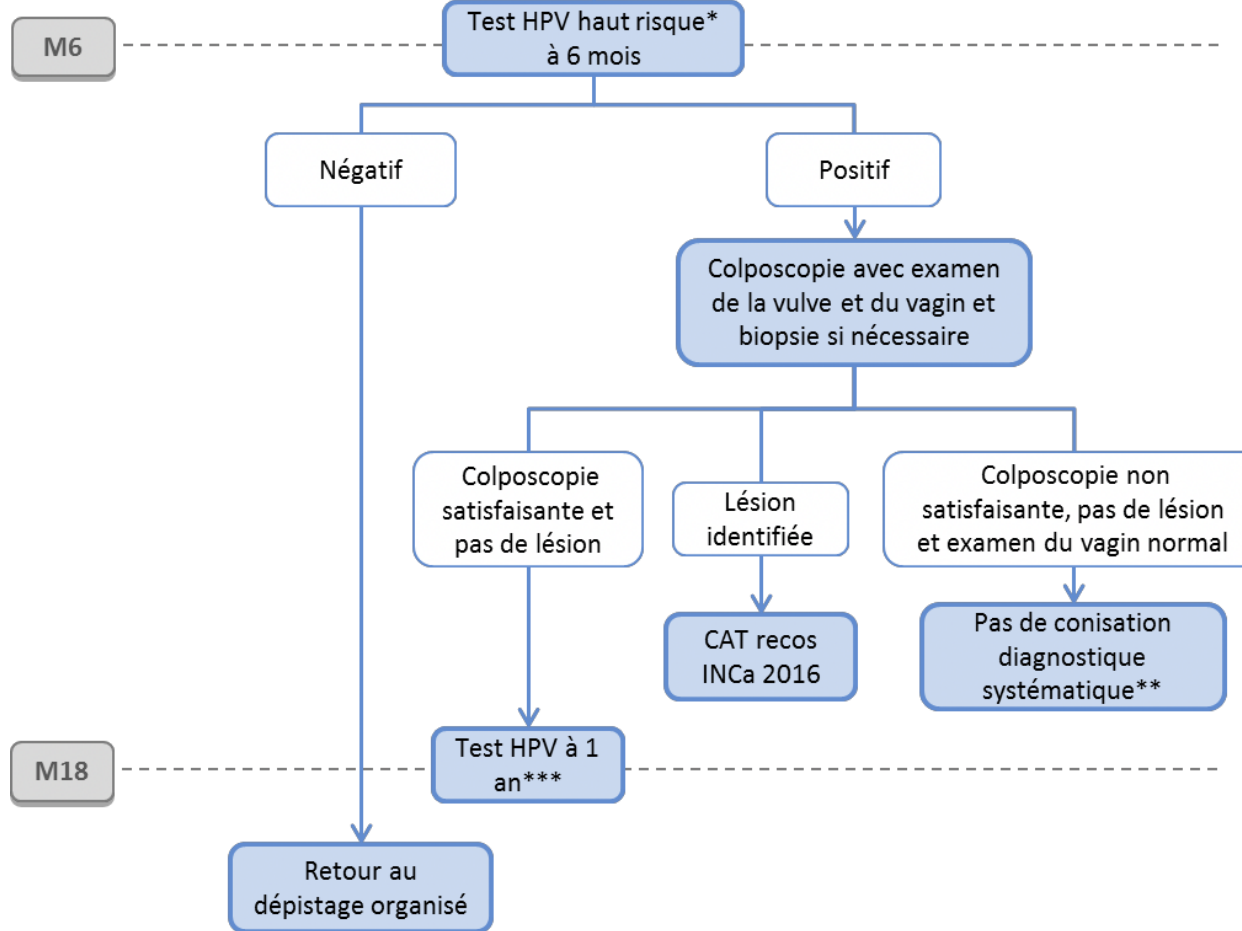
e-cancer.fr



Lésion histologique malpighienne intraépithéliale de bas grade traitée

Rappel : traitement de ces lésions proposé uniquement en cas de persistance supérieure à 24 mois

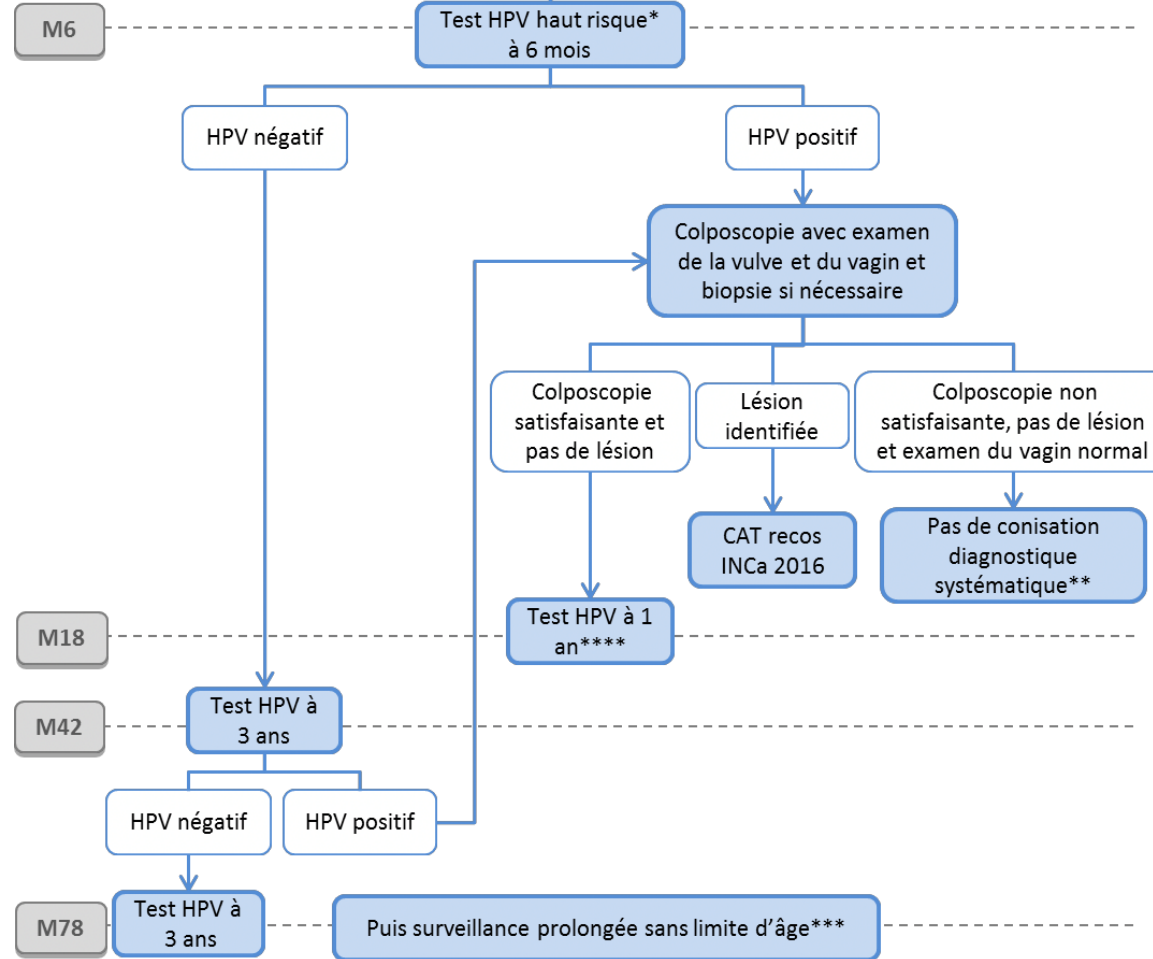
Si indication de traitement pour lésion de haut grade et lésion de bas grade sur l'histologie de conisation → surveillance des lésions de haut grade (Arbre 2)



Lésion histologique malpighienne intraépithéliale de haut grade traitée

Pas d'indication de reprise chirurgicale, quel que soit le statut des marges

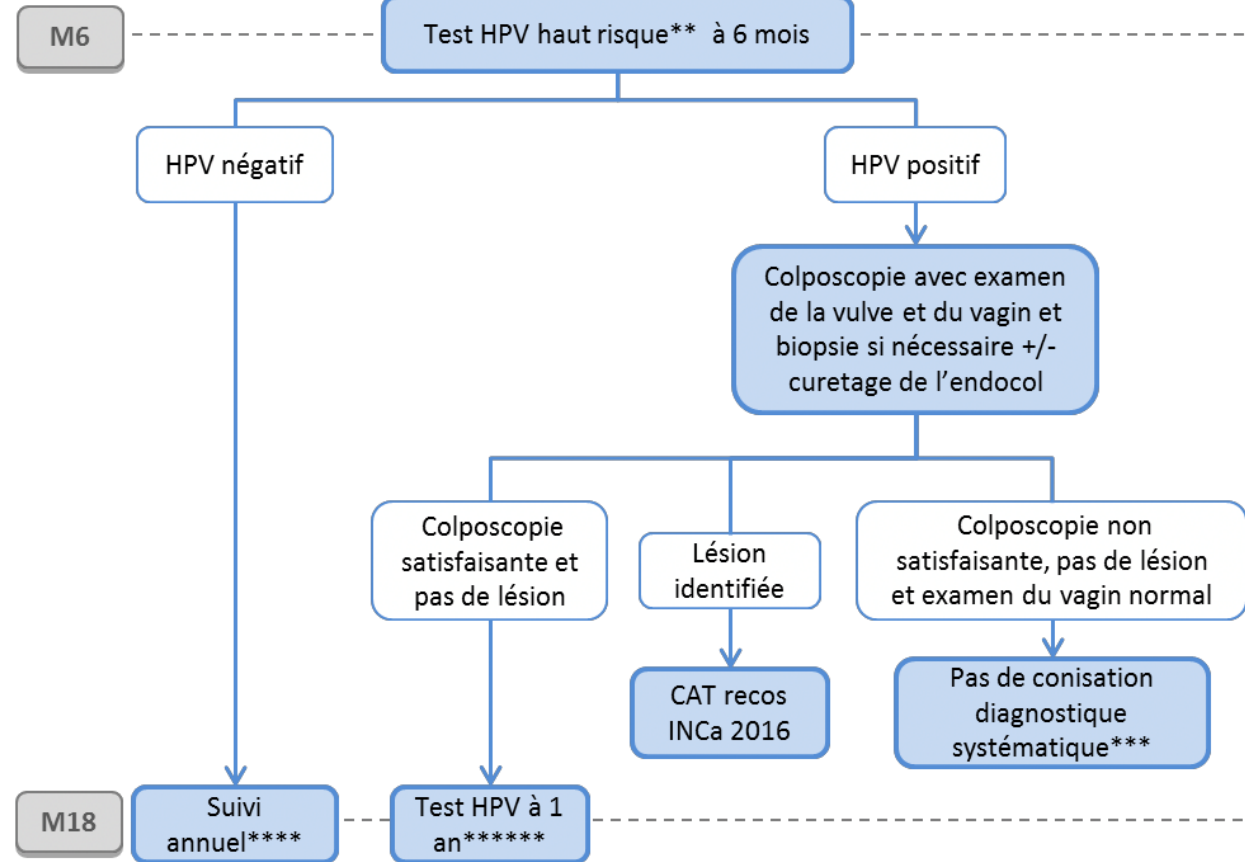
Suivi similaire pour tous les traitements (destruction, résection, hystérectomie)



- Pas d'argument pour recommander systématiquement un examen anal ou ORL
- Les données actuelles ne permettent pas de proposer une attitude différente en fonction du/des génotype/s détecté/s
- Les données actuelles ne permettent pas de recommander l'utilisation de l'autoprélèvement
- Les données actuelles ne permettent pas de proposer une attitude différente chez les femmes vaccinées contre l'HPV.

Adénocarcinome *in situ* traité avec marges saines (traitement conservateur)

Rappel : traitement de référence =
hystérectomie totale. La
surveillance n'est qu'une option qui
peut être proposée aux patientes
dans certaines conditions*



Après la réalisation du projet parental : discussion au cas par cas avec la patiente de la possibilité de l'hystérectomie*****

Adénocarcinome *in situ* traité (hystérectomie)

```
graph TD; A[Adénocarcinome in situ traité (hystérectomie)] --> B[Surveillance similaire à celle d'une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (Arbre 2)];
```

Surveillance similaire à celle d'une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (Arbre 2)

DES Gynécologie-Obstétrique / DFMS/A
2019-2020

Dépistage des cancers du col, colposcopie, traitement des dysplasies Recommandations

Dr Geoffroy CANLORBE

Service de Chirurgie et Oncologie Gynécologique et Mammaire – Pitié-Salpêtrière

geoffroy.canlorbe@aphp.fr

Mardi 23 Juin 2020 – 09h30 – 10h30