



**Gynécologie Obstétrique
et Reproduction**
Journées Jean Cohen 2014

Comment expliquer aux patientes le principe de surveillance des CIN I

Jacques Marchetta
Colposcopie en Pays de la Loire

L'HPV atteint nos femmes



dans ce qu'il y a de plus central en elle

ce qui explique l'angoisse de nos patientes

**car comprendre le sens d'une infection à HPV
n'est pas évident pour le « grand public »**

Écoutons les mots à la sortie de la consult :

« j'ai rien compris à son histoire



il m'a dit que j'avais un virus

**il m'a expliqué que c'était un genre de papillon que
presque tous le monde a**

**qui se faufile partout et qui peut même passer à
travers les capotes**

**J'ai trouvé ça bizarre comme explication
j'ai regardé sur Internet, j'ai vu MST, Cancer,
ça m'a pris la tête ... »**

Regard vers elle-même :
blessure narcissique s'il en est

sentiment de culpabilité

Regard vers l'autre :
confiance perturbée

suspicion

jalousie

trahison



Consciemment et inconsciemment

l'angoisse de la maladie
devient omniprésente

avec la peur *cancer*
 douleur
 mort ...

Et nous, il va falloir lui expliquer
qu'une lésion de CIN I

« ce n'est pas dramatique
on va simplement surveiller
on ne va peut être pas traiter »

pendant 2 ans ... !

**C'est dans les bas grades
que nos attitudes et les mots pour le dire
sont les + délicats à ajuster**



**Éviter les sur-bilans
Éviter les sur-traitements**

**Tout en se méfiant des pertes de vue
Tout en se méfiant des aggravations**



TROUVER LE JUSTE EQUILIBRE

**Comment expliquer aux patientes
le principe de surveillance
des CIN I**

**Sachez le bien Mesdames et Messieurs
la CIN I n'est plus ...**



**Depuis la nouvelle publication de l'OMS
la CIN I s'appelle :**

***lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade*
comme en cytologie.**

Elle n'est donc plus considérée comme une lésion précancéreuse directe

Traiter les Bas Grades ?



**Mais est-ce qu'il y a des gens qui conisent les
bas grades ?**

et bien OUI ... !

Statistique labo cytopathologie pour Conisations de 2011 + 2012

	Total Conisations	indication bas grade
ANGERS	268	41 (15 %)
NANTES	347	71 (20,5 %)
PARIS	321	121 (37 %)
« référent »	51	8 (15,7 %)

	Total Conisations	indication bas grade	Répartition dans les bas grades < 30 ans
ANGERS	268	41 (15 %)	8 (19,5 %)
NANTES	347	71 (20,5 %)	12 (17 %)
PARIS	321	121 (37 %)	29 (24 %)
« référent »	51	8 (15,7 %)	0

**En cas de conisation
de quoi avons-nous peur ?**



des conséquences obstétricales des conisations

**1 femme sur 4 que vous cônisez
sera enceinte**

1/4

ACCOUCHEMENTS PREMATURES

	< 34 sem.		< 32 sem	P ≤ 10 ⁻⁴
	Série 1	Série 2	Série 2	
Pop. Conisée	18,7 %	12,3 %	8,9 %	
Pop. Générale	6,8 %	4,9 %	3,1 %	

J, Marchetta – étude multicentrique CHU de l'Ouest 2004

Les analyses semblaient objectiver de façon évidente que

la morbidité s'atténue pour les cônes < 2 cm,
s'estompe pour les cônes $< 1,5$ cm
et s'éteint pour les cônes < 1 cm.



Les analyses semblaient donc objectiver de façon évidente que

la morbidité s'atténue pour les cônes < 2 cm,
s'estompe pour les cônes < 1,5 cm
et s'éteint pour les cônes < 1 cm.



Mais cela ne semble pas complètement vrai
toute résection du col expose aux complications gravidiques

Hauteur de la conisation & acct prématuré

Kyrgiou – Arbyn (méta-analyse) Lancet 2007

> 10 mm

Core depth >10mm

Risk ratio
(95% CI)

Raio et al, 1997³⁵

4.64 (1.20-17.88)

Sadler et al, 2004³⁰

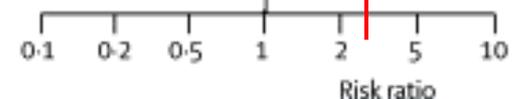
1.64 (1.13-2.37)

Samson et al, 2005³¹

3.84 (1.66-8.88)

Overall

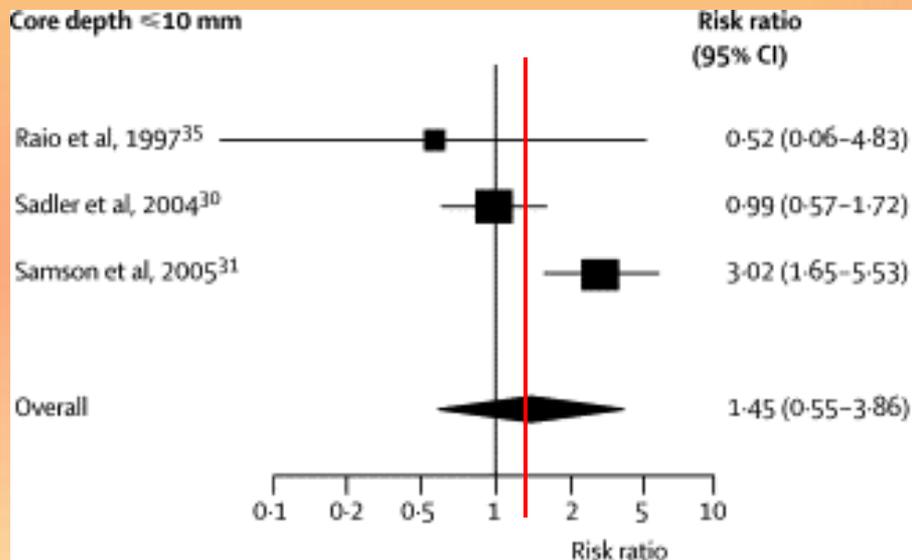
2.61 (1.28-5.34)



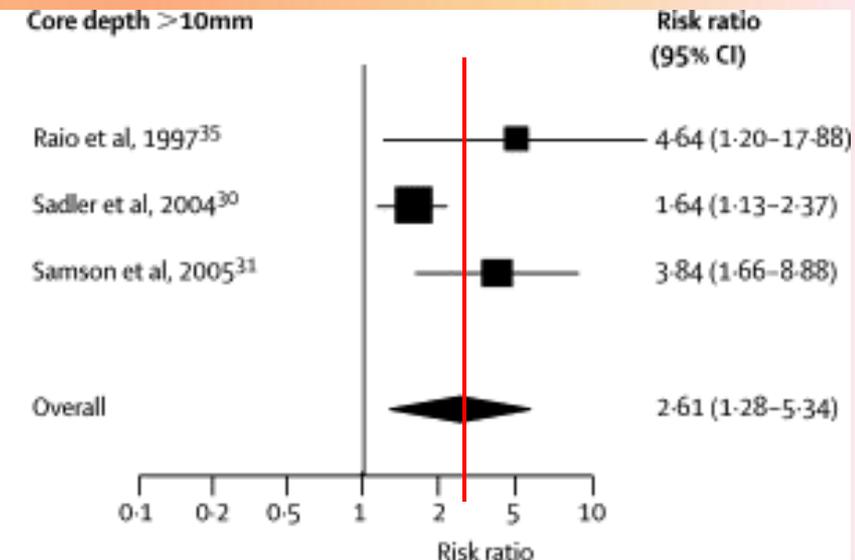
Hauteur de la conisation & acct prématuré

Kyrgiou – Arbyn (méta-analyse) Lancet 2007

≤ 10 mm



> 10 mm



Malgré l'affinement de nos techniques
(en 10 ans la conisation au bistouri froid a été
« balayée » et celle au laser oubliée)
au profit de l'anse diathermique

le problème de la prématurité reste préoccupant

LESIONS DE BAS GRADE :



« pitié pour les cols !! »

Ne pas traiter les Bas Grades ?



De quoi avons-nous peur ?



de l'évolution vers le cancer

1

mais le diagnostic « Bas Grade »
n'est pas univoque

la reproductibilité morphologique est faible

**Tout processus réactionnel avec hyperplasie basale
(inflammation, régénération, dystrophie, atrophie ...)
peut en imposer pour une CIN I**



**la valeur péjorative des CIN I
semble empirique**

* R. Rouzier : RPC Prévention du cancer du col de l'utérus – prise en charge des CIN I
(version Août 2007)

2

mais les Bas Grades ça régresse ...

Vous lirez dans toutes les bonnes revues concernant l'évolution des bas grades :



Auteurs	population	délai	régression %	aggravation%
Östor 1993	méta-analyse		57	11
Moscicki 2004		36 mois	91	3
Schlecht 2003		48 mois	77	13
Sastre 2004		24 mois	62	21

Serati 2008 : régression post partum = 69 %

**L'âge est fortement impliqué
dans le taux des régressions :**

L'âge est fortement impliqué dans le taux des régressions :

Auteurs	population	délai	régression %	aggravation%
Östor 1993	méta-analyse		57	11
Moscicki 2004	13 – 22 ans	36 mois	91	3
Schlecht 2003	< 35 ans	48 mois	77	13
Sastre 2004	> 35 ans	24 mois	62	21

3

mais les Bas Grades ne doivent pas
être considérés comme une lésion
pré-cancéreuse directe

un Bas Grade c'est une infection
« productive »

pas sûr que ça devienne une infection
« transformante »

Etre clair sur le sens d'une CIN I

ce n'est pas « le pied à l'étrier »
vers le cancer du col





**Surtout n'allez pas expliquer
à votre patiente
qu'elle est à la 1^{ère} marche ...**

avant le plongeon fatal ...

4

et d'ailleurs il n'y a pas le feu !

faisons chinois ...

Zhang SK – Cancer Epidemiol Jul n2014

**1997 patientes
35 à 45 ans**



ASCUS vers **Bas grade**

HPV + = 67 mois

HPV - = 88 mois



**21 mois de
différence**

Bas grade vers **Haut grade**

HPV + = 73 mois

HPV - = 83 mois



**10 mois de
différence**

Apparait donc la notion d'impact du statut viral ++

Evolutivité

**d'un frottis d'infection « productive » (CIN I)
à une situation d'infection « transformante » (CIN II ou III)**

HPV 16 : 41 mois

Autre HPV : 46,4 mois

**1 citation : Cruickshank an all ; University of Aberdeen
BJOG Jun 2014**

« For women with low grade cervical cytology, the risk of a high grade CIN within 3 years of a normal colposcopy examination is low. Women can be reassured that, even with a positive HPV test, the risk of developing CIN 2 or worse is sufficiently low to return to the routine 3-years recall »

5

mais il y a des conditions pour surveiller

conditions pour surveiller

- 1 Trépied cyto-colpo-histo concordant

1 Trépied cyto-colpo-histo concordant

2

Colposcopie « satisfaisante »

Mais attention ++

RPC 2002 Roman Rouzier

en cas de ZT2 ou ZT3

cyto + test HPV à 6 mois plus rentable que conisation

1

Trépied cyto-colpo-histo concordant

2

Colposcopie « satisfaisante »

Mais attention ++

RPC 2002 Roman Rouzier

en cas de ZT2 ou ZT3

cyto + test HPV à 6 mois plus rentable que conisation

3

Certitude du site de la biopsie

52 % des erreurs diagnostiques sont dues à une erreur du site de la biopsie

1

Trépied cyto-colpo-histo concordant

2

Colposcopie « satisfaisante »

Mais attention ++

RPC 2002 Roman Rouzier

en cas de ZT2 ou ZT3

cyto + test HPV à 6 mois plus rentable que conisation

3

Certitude du site de la biopsie

52 % des erreurs diagnostiques sont dues à une erreur du site de la biopsie

4

Certitude de la compliance de la patiente

elle doit avoir compris l'enjeu ...

À bonne compliance bons mots

Dédramatiser :

pas de mot comme ***cancer, pré cancer, tumeur , lésion... !!***

À bonne compliance bons mots

Dédramatiser :

pas de mot comme ***cancer, pré cancer, tumeur , lésion... !!***

attention « dédramatiser » ne veut pas dire ...

banaliser

Mais si la patiente s'interroge :

« d'accord avec vos idées pour surveiller mon bas grade et je l'accepte...

Mais, quand même, j'ai l'HPV
et pire encore : j'ai le 16 !! »

D'abord

qui a prescrit un Test HPV dans un bas grade ??...

Le test HPV – HR

(positif dans 83 % des bas grades)

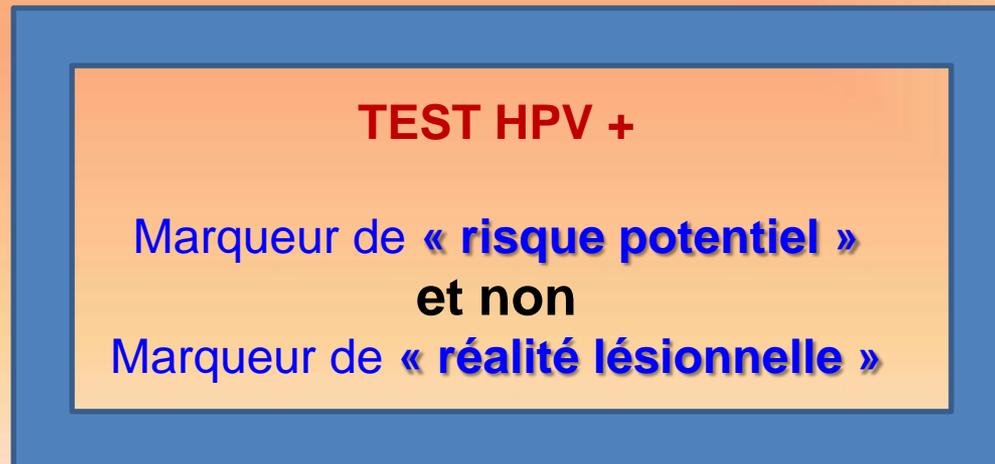
n'a aucun intérêt en triage

alors il faudra expliquer cette nuance un peu subtile



présence d'HPV = facteur de risque
hautement prédictif
d'un CIN 2+ dans les 10 ans
surtout le 16 : 22 % (Kahn 2005)

ne signant en rien l'obligation
d'une maladie sous-jacente
aujourd'hui



Pour conclure ...

Faire adhérer la patiente au projet « surveillance »



**Cette adhésion est loin
d'être acquise d'emblée**

**tant pour la
décision initiale**

**que pour le
suivi secondaire**

**Sa préoccupation du moment
son angoisse de l'instant**

**ça peut être de guérir au + vite
de ce qui lui paraît une pathologie**

Le risque :

consultation et avis auprès d'un autre gynécologue



**pour que la femme n'entende pas
d'autres langages**

**respect et adhésion unanime de tous les gynéco
aux **recommandations** sur les Bas Grades**



Le meilleur outil
pour uniformiser l'attitude des GO :

la Charte de Qualité



Ce document est délivré par
le Conseil National Professionnel dédié aux bonnes pratiques en Gynécologie et Obstétrique (CNPGO).

Il a été validé par le Comité de Pilotage de la Charte de Qualité en Colposcopie,
et certifie que

Le Docteur _____

a fourni tous les justificatifs nécessaires pour adhérer à la

Charte de Qualité en Colposcopie

Cette adhésion est effective à compter du 1er juin 2010 au 31 Décembre 2012.

Le Comité de Pilotage de la Charte de Qualité en Colposcopie a été constitué sous l'égide de :
la Société Française de Colposcopie (SFCPCV) : Drs C. Bergeron, J. Rimalho, P. Raulic
Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) : Drs J. Gondry, J. Marchetta, D. Niehmüller
La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) : Drs P. de Reilhac, F. Mousteu
La Société Française de Gynécologie (SFG) : Drs G. Boulet, J.L. Mergul

Pour la Commission, le Coordinateur, Dr J.L. Mergul

