



Faut – il un label de qualité en Colposcopie ?

**Jacques MARCHETTA
CHU Angers – Pays de la Loire**

Pour faire une colposcopie
comme nous l'ont appris nos Maîtres

même au 3ème millénaire

il suffit de :

- 2 flacons



Pour faire une colposcopie
comme nous l'ont appris nos Maîtres

même au 3ème millénaire

il suffit de :

- 2 flacons

- **une loupe**



Pour faire une colposcopie
comme nous l'ont appris nos Maîtres

même au 3ème millénaire

il suffit de :

- 2 flacons

- une loupe

- un observateur

EXAMEN COLPOSCOPIQUE

Nom : _____
Prénom : _____

Date : _____ Motif : _____
Examineur : _____ DR : _____ Ti. _____
Médecin : _____

FROTIS		ANA-PATH		BACTERIO		
Date	Résultats	Date	Type	Résultats	Date	Résultats

Sans Prep.

zone large

Ac. Acet.

THC I jaunâtre aspect en ardoise
cervix lésionnée
THC II aspect rosé à vert foncé

Lugol

prise colorimétrie
voile orange
aspect jaune perle

B1
B2

Vagin

Tronçon mal éclairé par le FOC

Légende : voir au verso

CONCLUSION

Cervix présentant 2 zones pathologiques distinctes :
 - THC I ligne supérieure (atopie orange - voile orangé)
 - THC II ligne inférieure (atopie rosé - voile jaune perle)
 Biopsies faites aux les 2 zones.



Depuis la loupe et le schéma papier

**la colposcopie s'est techniquement
entourée de moyens modernistes**



Renseignements sur le patient

(TAB pour passer au champ suivant)

Prénom

Nom

Code patient

Date de naissance

Sexe

Autres

Entrer

MEDI CAPTURE

ncovo

SUPERLUX 300

LABORATOIRE D'ANALYSE CLINIQUE
Généraliste
Généraliste

TRANSPORT

**Malgré tout cette technologie
la colposcopie ne fait toujours pas le diagnostic lésionnel !!**

**Le diagnostic appartient au final à
l'examen anatomo-pathologique**

**sachant que l'ana-path ne fait le diagnostic
que des zones qu'on lui a confiées !!!**

Le problème du colposcopiste est d' « apporter » à l'histologiste les bonnes zones pathologiques

**Autrement dit :
de biopsier là où il faut !!**

Le diagnostic devient « qualité colposcopie-dépendant »



Mais

si la colposcopie a ses forces

elle a aussi ses limites

Sa force :

être au centre du trépied

cyto – **colpo** - histo



**le diagnostic a d'autant plus de chance d'être exact
que le trépied est concordant**

la colposcopie est donc le « pivot » central du diagnostic

Sa force :

**c'est aussi de nous donner cette chance extraordinaire
de retrouver des lésions de haut grade
pour des frottis de bas grade**



CIN III

et en proportion non négligeable :

En moyenne :

**15 % de lésion haut grade
pour frottis bas grade**

Taylor 15,2 %

Wright 18 %

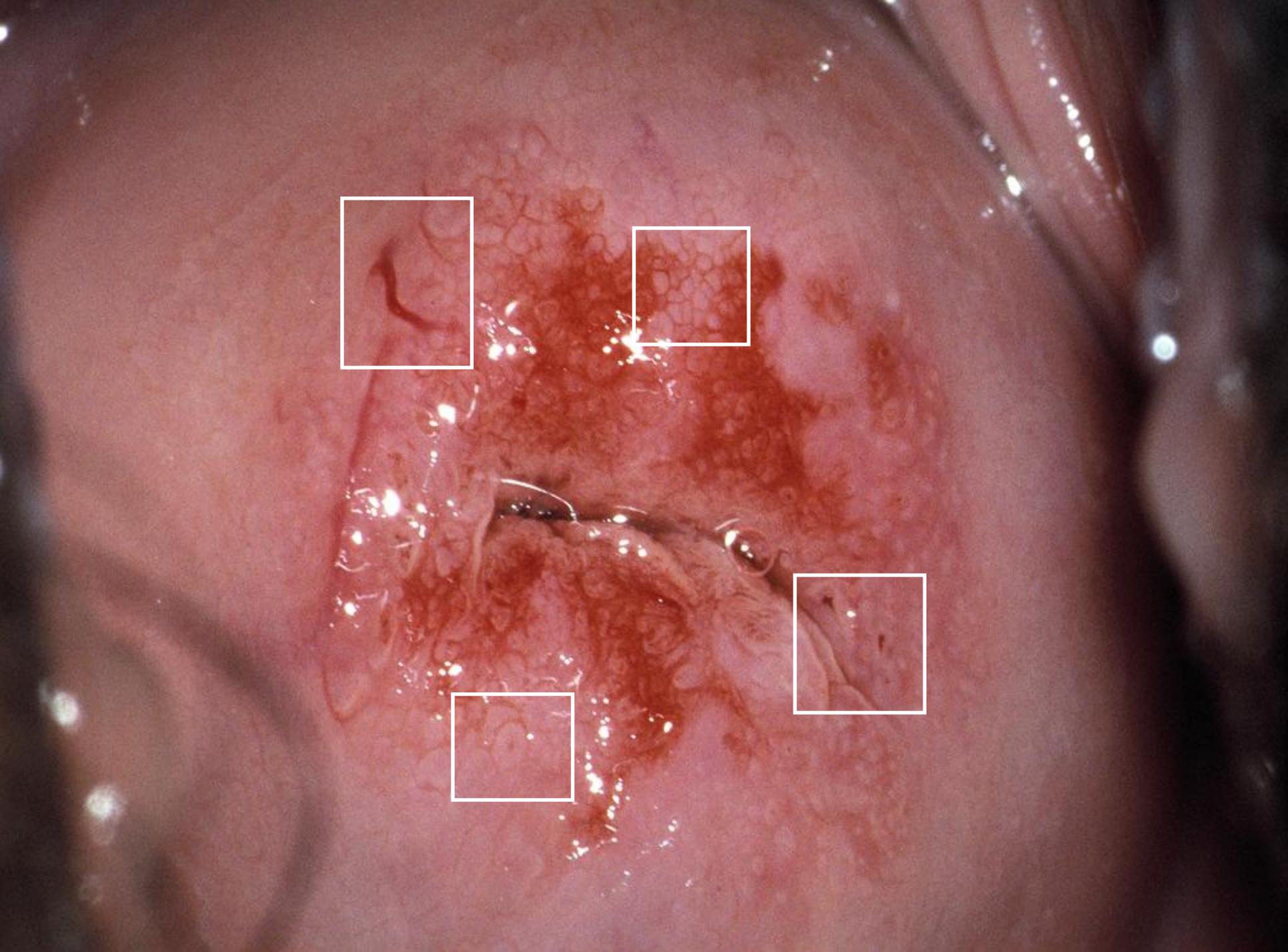
Slowson 12,3 %

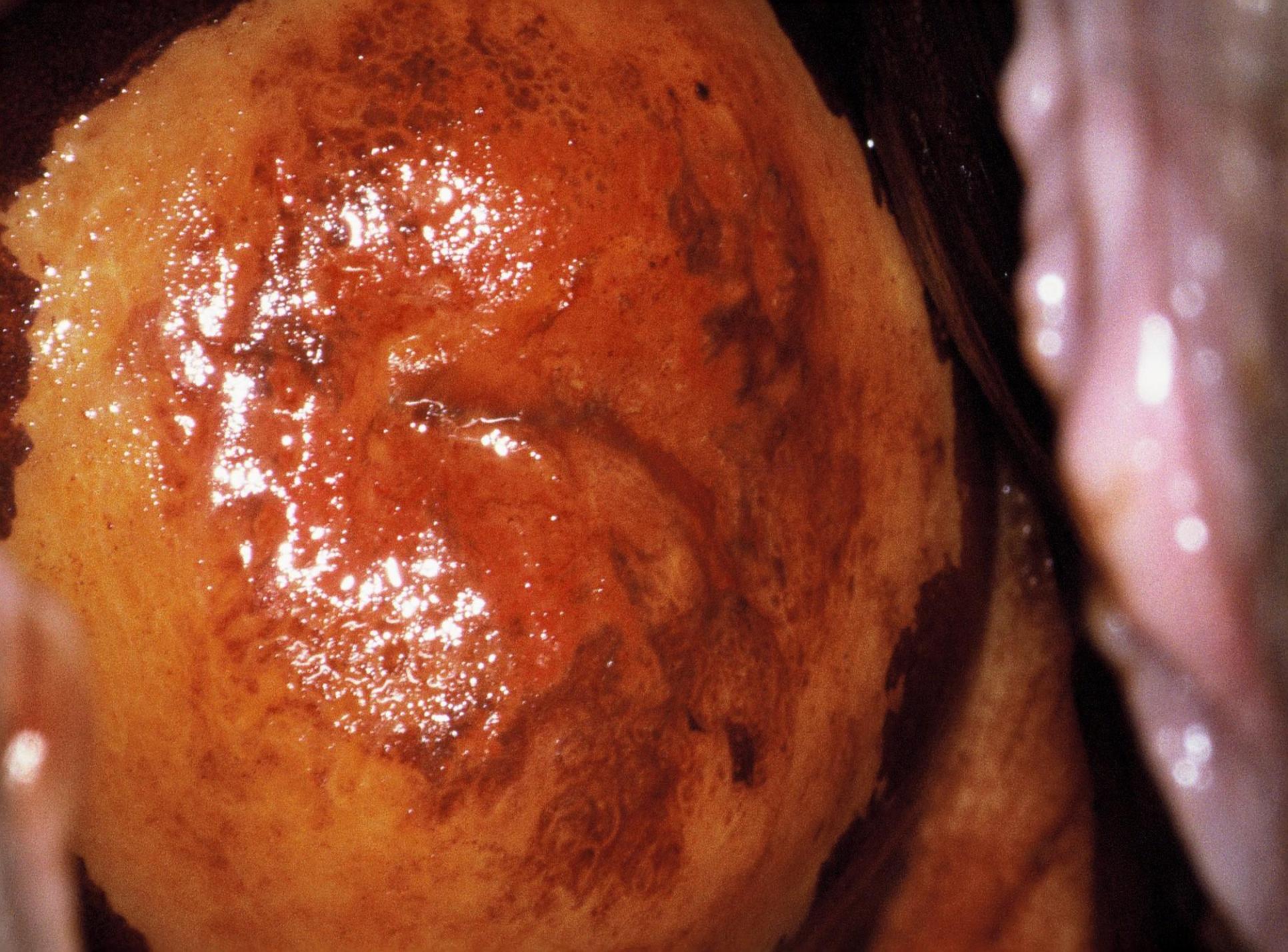
Mais on lui a reproché ses limites, ses faiblesses

les variabilités d'interprétation

CONCORDANCES INTER-OBSERVATEUR

CONCORDANCE INTRA-OBSERVATEUR





Voyons en chiffres :

DANS L'ÉVALUATION DU DIAGNOSTIC

- concordance intra = 66,7 %
- concordance inter = 52,4 %

DANS LA DÉTERMINATION DU SITE DE LA BIOPSIE

- concordance intra = 85 %
- concordance inter = 77,4 %

Car la problématique en colposcopie

des images similaires

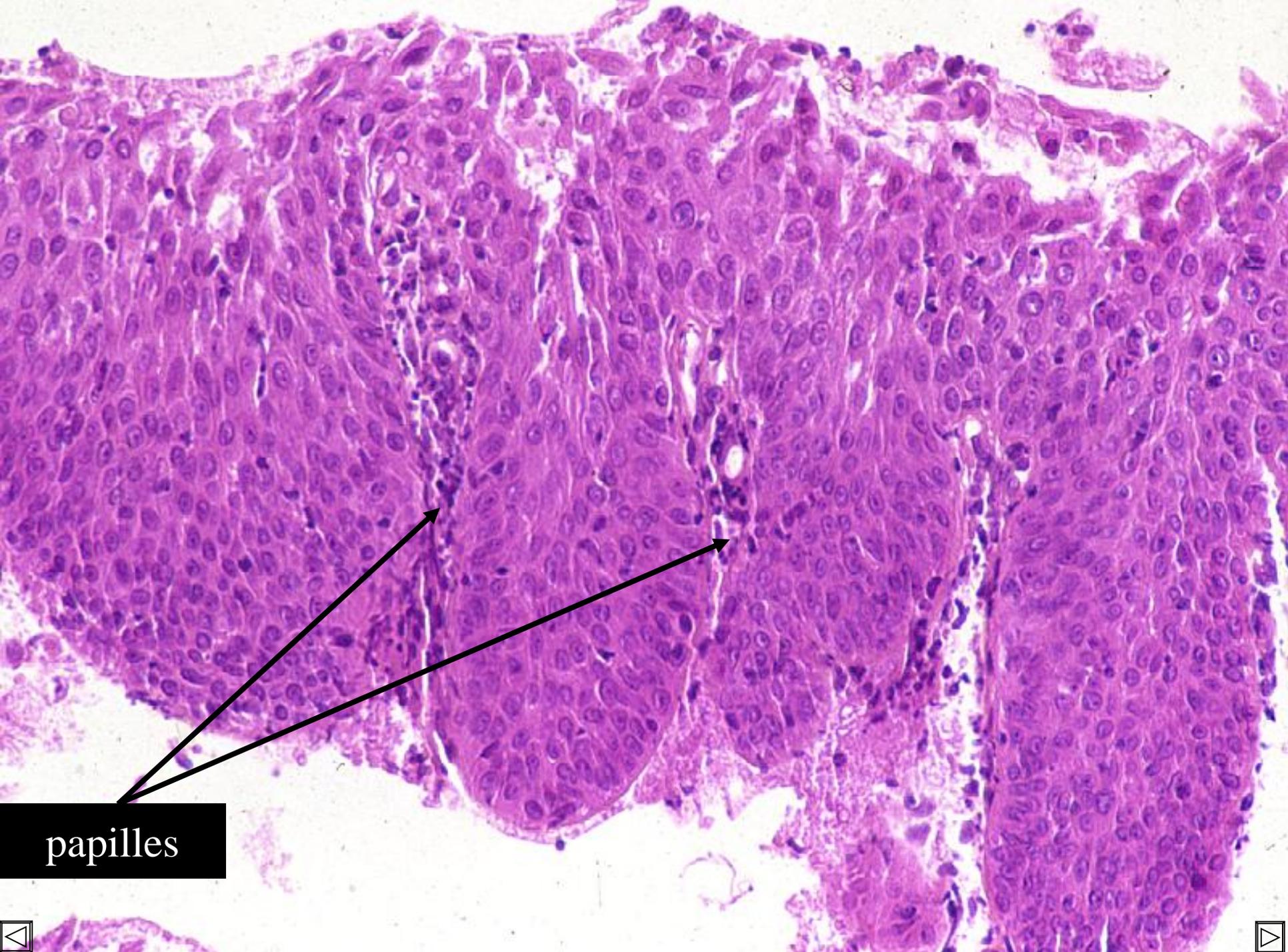


peuvent être générées par

des processus très différents

(métaplasie immature - dysplasie)

Une métaplasie immature ...

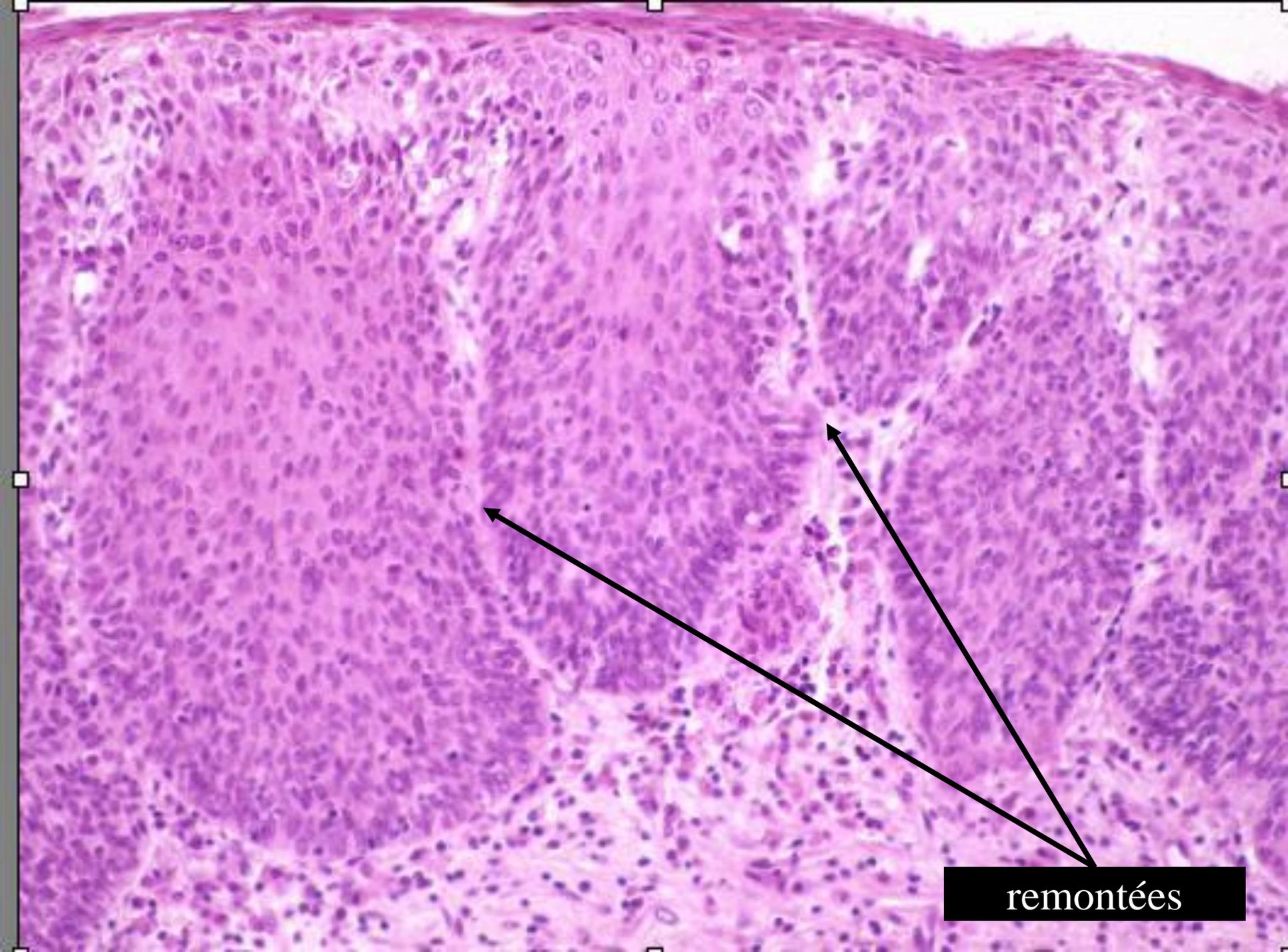


papilles



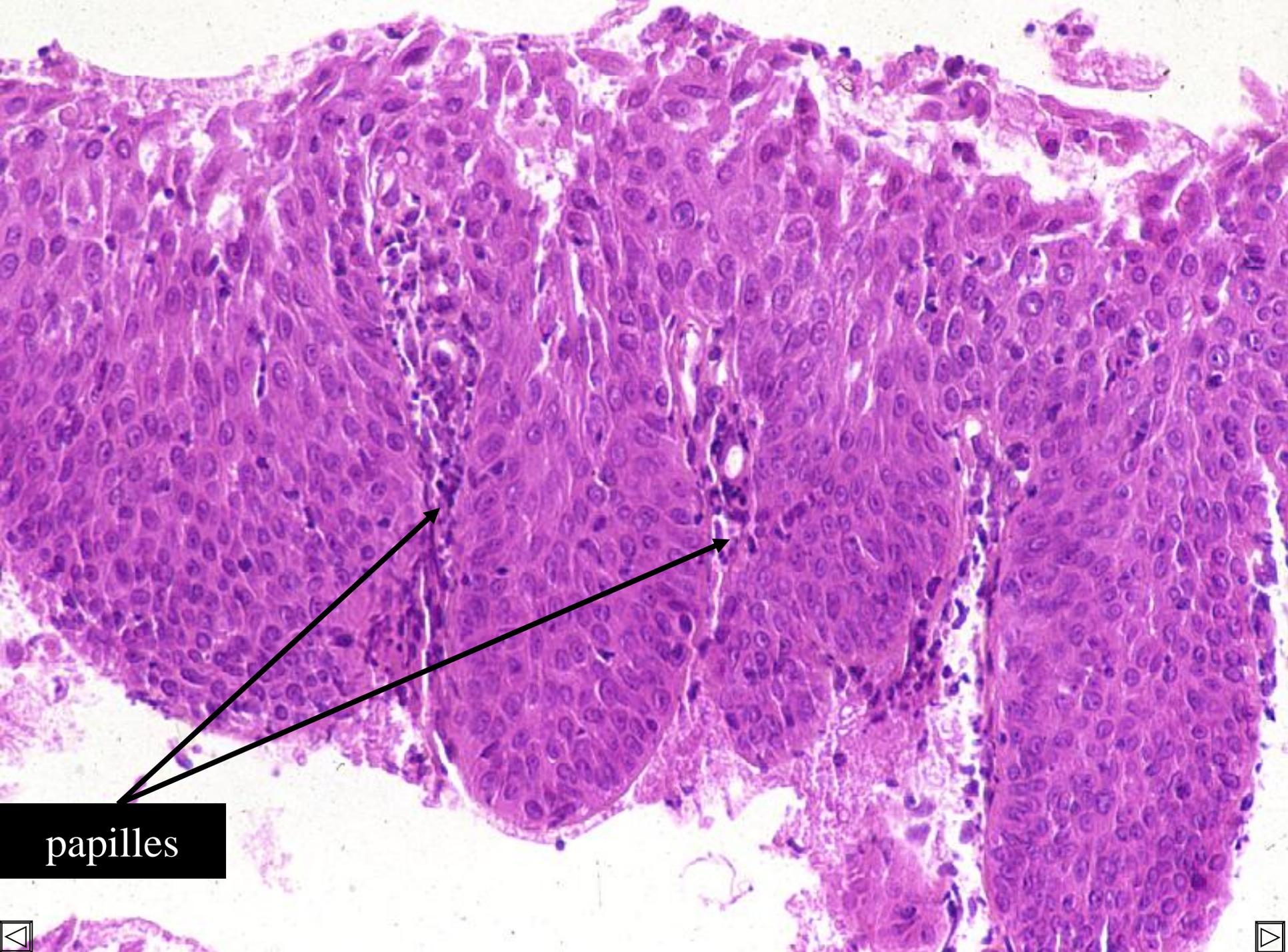


Une « dysplasie » ...



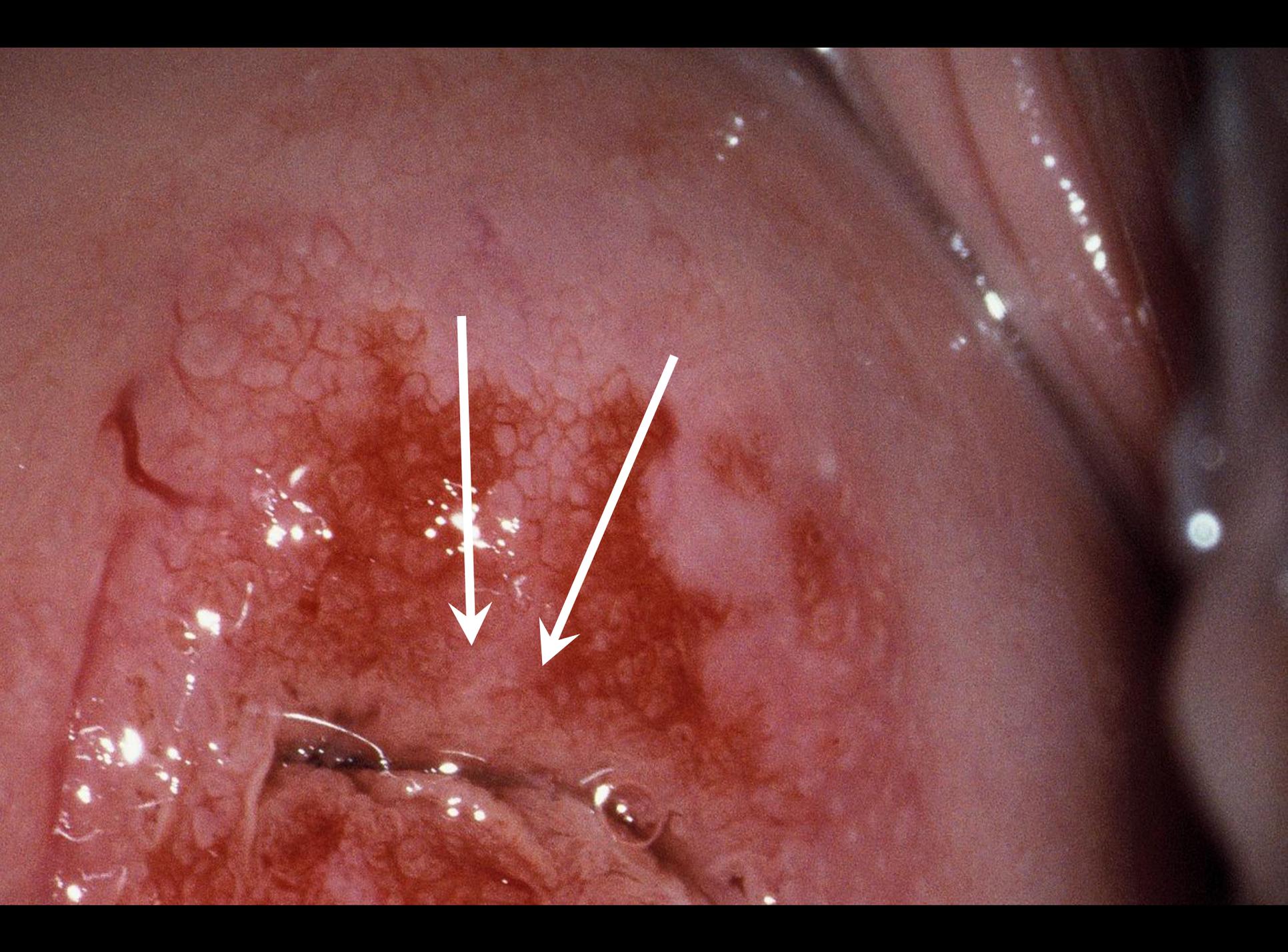
remontées

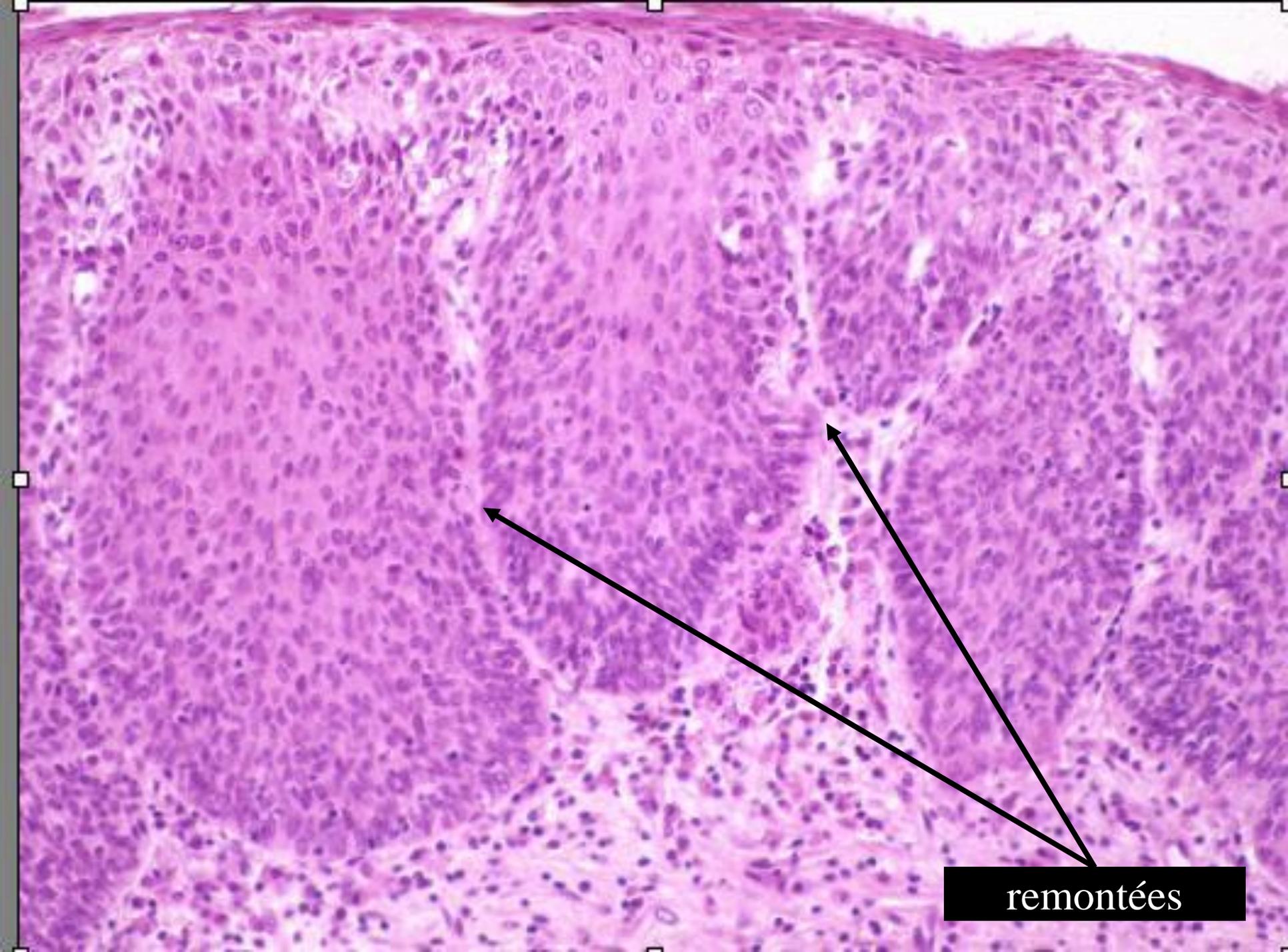




papilles







remontées



La méta-analyse de Mitchell (Obstet. Gynecol 1998 – 86 articles)

Sensibilité : 96 %

Spécificité : 48 %



Pour les hauts grades
performance moyenne pondérée

spécificité = 69 %



S'il peut exister
jusqu'à 66 % de colposcopies normales
pour des frottis de bas grade
(JJ. Baldauf)

il n'y a que 9,6 %
de colposcopies normales ou non satisfaisantes
pour des frottis de haut grade
(Solomon)

**C'est donc dans la recherche des lésions
graves
que la colposcopie trouve son meilleur
rendement !!**

**C'est donc dans la recherche des lésions
graves
que la colposcopie trouve son meilleur
rendement !!**

**C'est dans la pathologie
de bas grade
que la colposcopie nécessite la + forte
compétence !!**

**Cela signifie que parmi les paramètres
qui influencent les performances de la colposcopie**

il y a surtout ...

EXPERIENCE DU COLPOSCOPISTE

EXPERIENCE DU COLPOSCOPISTE

- 52 % des discordances cyto-histologiques
sont dues à une erreur de prélèvement biopsique sous colposcopie

EXPERIENCE DU COLPOSCOPISTE

- **52 % des discordances cyto-histologiques**
sont dues à une erreur de prélèvement biopsique sous colposcopie
- **risque de trouver une lésion invasive** sur pièce de conisation :
 - 0,6 % si observateur entraîné (200 colpo / an)
 - 2 % si peu entraîné (20 colpo / an)

Enquête

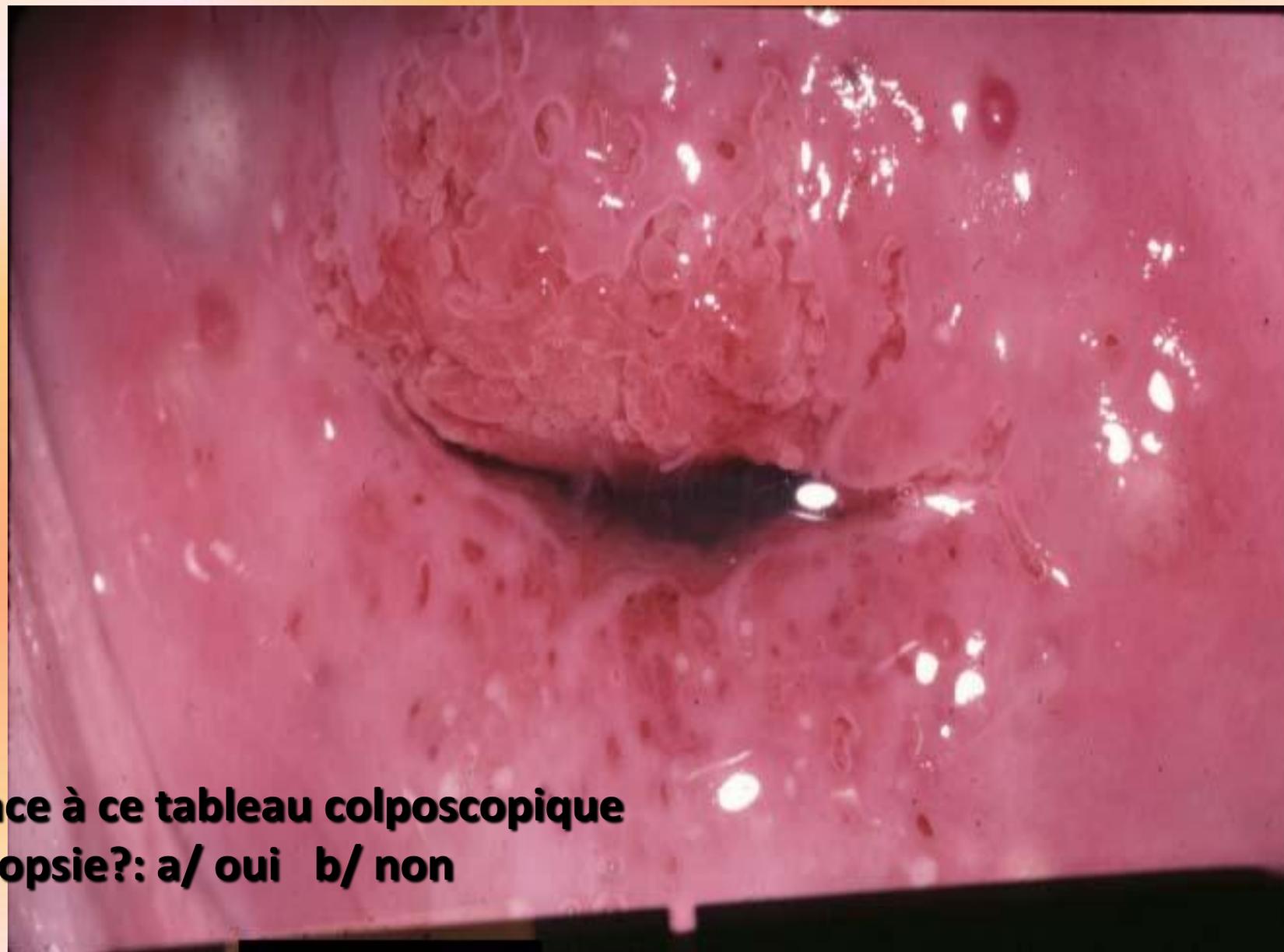
menée en 2005

par le groupe d'enseignement Nord-Picardie-Champagne
(**merci à C. Quéreux et J. Gondry**)

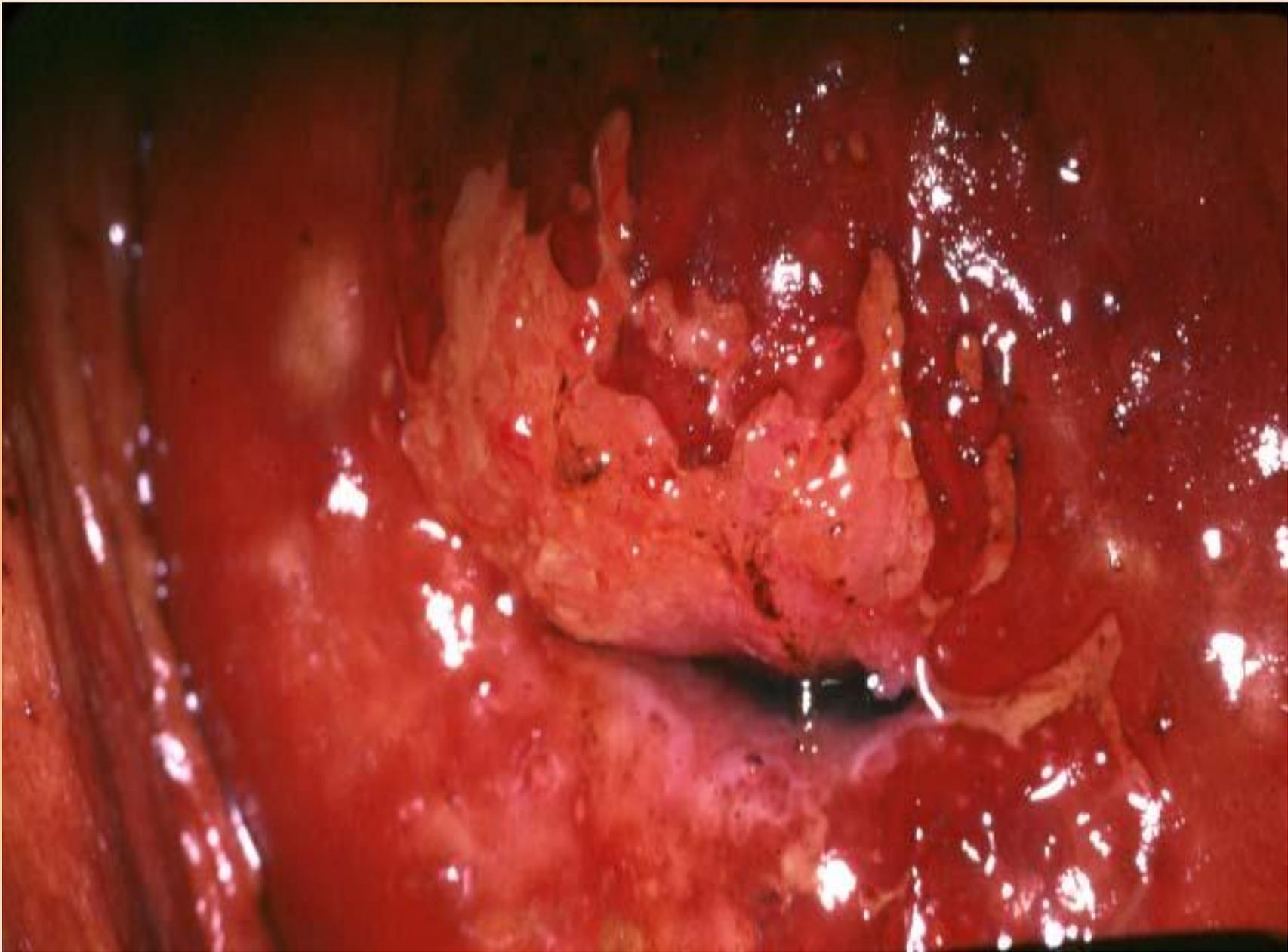
Expertise de 60 dossiers colpo

Experts versus praticiens

Cas n° 27

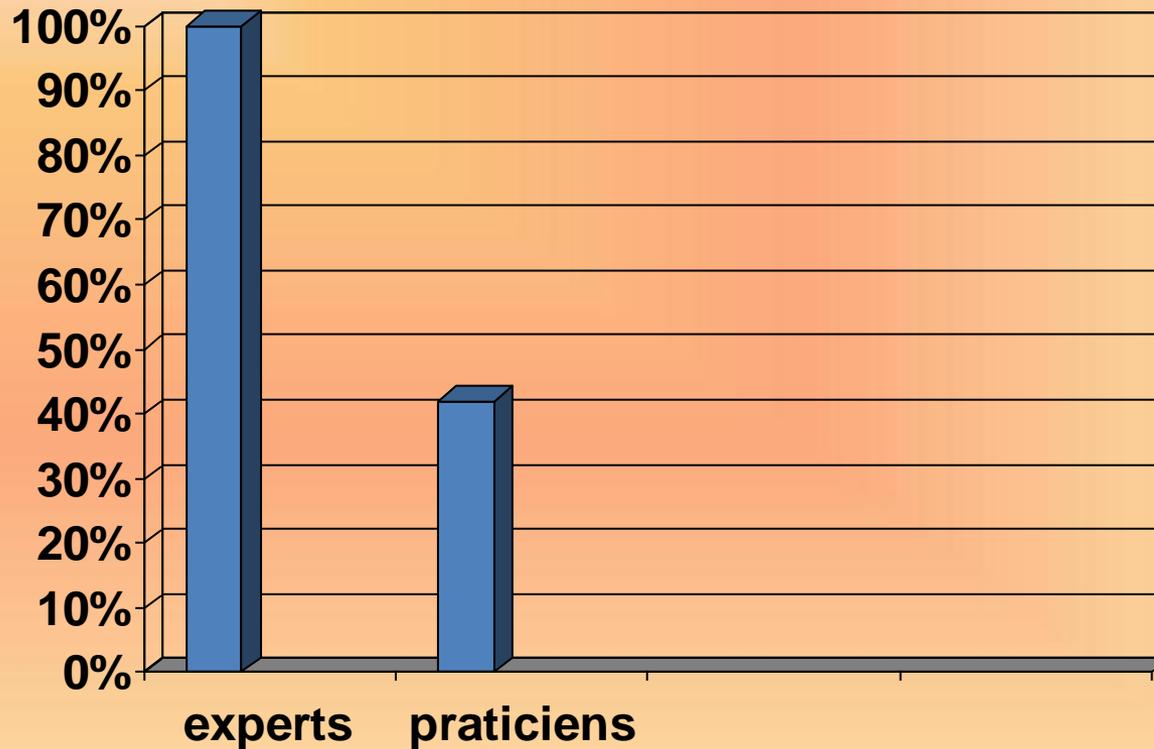


**Face à ce tableau colposcopique
biopsie?: a/ oui b/ non**



Cas n° 27

Résultats dossier 27



Pas de biopsie

à propos de biopsie :

Cage (Obstet Gynecol 2006)

408 cas - biopsies guidées par colpo
diagnostic exact dans 70 % des cas

performance s'améliore si 2 ou + 2 prélèvements

pour un succès identique, le nombre de prélèvements
est décroissant selon qu'il s'agit

d'un interne

d'un résident

d'un gynéco général

d'un gynéco référent



**La performance colposcopique
est donc de diriger la ou les biopsies
avec pertinence**

**sinon la biopsie n'est là que pour
tranquilliser l'hésitant
couvrir l'incompétent ...**

elle devient

l'arme des faibles, et des ignorants

Pour éviter « faibles et ignorants »

**quelle colposcopie
dans l'enseignement du 3^{ème} millénaire ?**

Le gynécologue – colposcopiste

=

le praticien en charge de la patiente

prise en charge dans son « integral woman's health »



L'examen colposcopique s'intègre dans une démarche

~~examen ultra-spécialisé~~

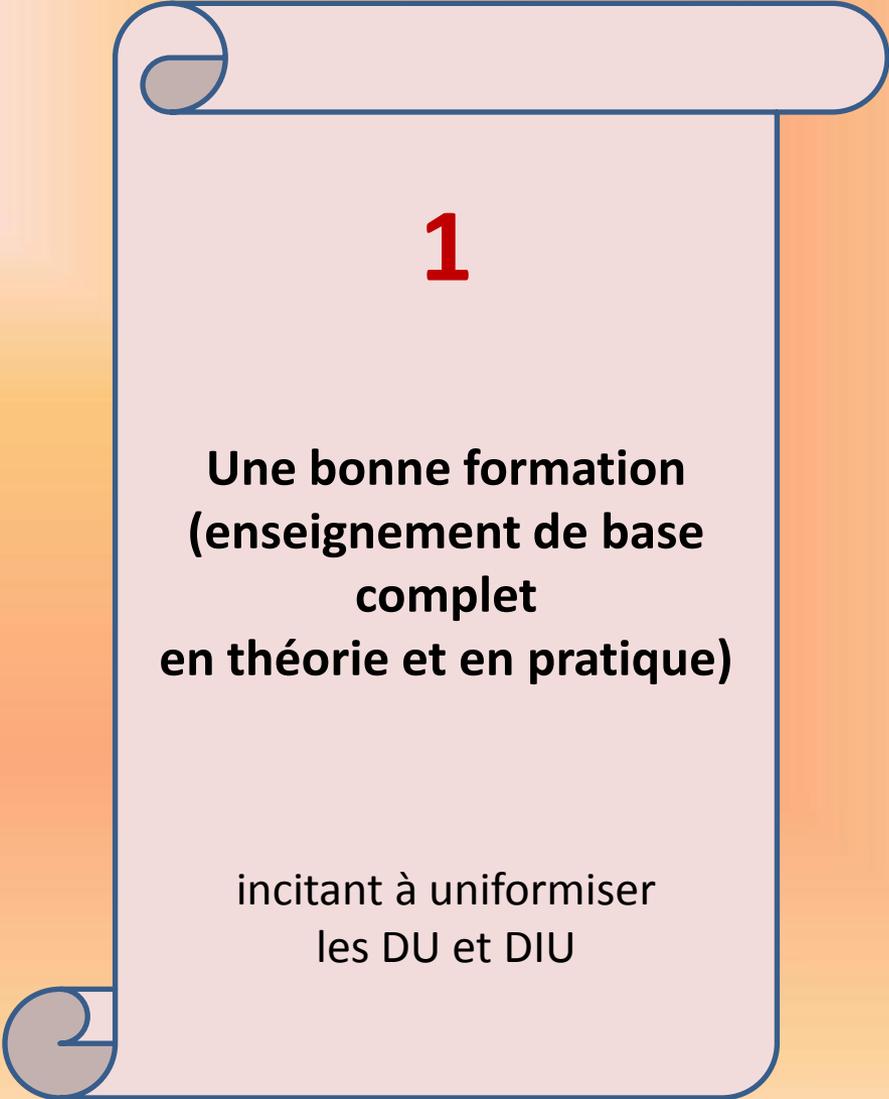
s'ouvrir au plus grand nombre

**S'ouvrir au plus grand nombre
mais pas
à n'importe quel prix**

**La colposcopie étant « opérateur dépendant »
Il faut donc que les opérateurs soient « bons »**



**Et pour que les opérateurs soient « bons »
il faut qu'ils aient :**



1

**Une bonne formation
(enseignement de base
complet
en théorie et en pratique)**

incitant à uniformiser
les DU et DIU

2

**Un bon entretien des
connaissances par des FMC
amenant à un
perfectionnement**

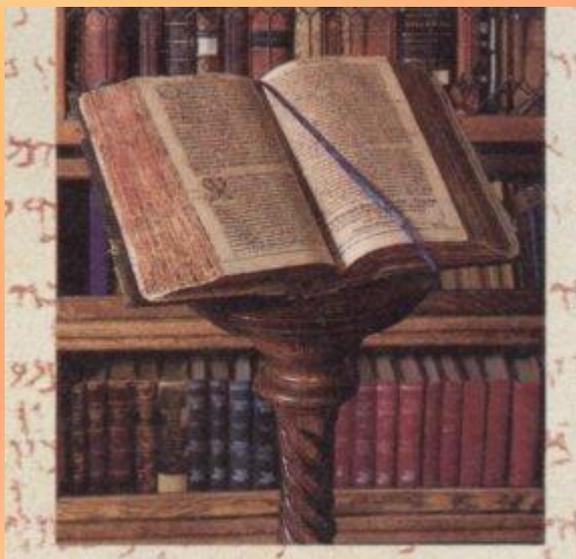
organisées par des Sociétés
Savantes agréées en pathologie
du col

3

**Une bonne expérience
pratique
(minimum requis
d'examens colpo)**

possibilité de discussion
collégiale de cas difficiles

**Les critères qui définissent
la bonne formation,
le bon perfectionnement,
la bonne expérience,
doivent être « inscrits » sur un registre :**



**Ce registre a trouvé son expression dans
la « Charte de Qualité en Colposcopie »**

En établissant une Charte de Qualité

l'intention n'est pas d'écartier quiconque de la pratique colposcopique

bien au contraire

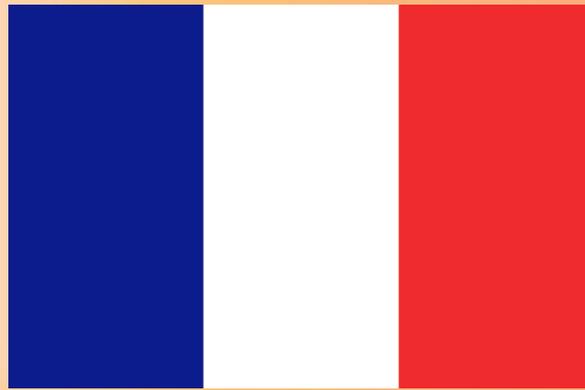


**L'objectif est de majorer la qualité
des pratiques cliniques**

**S. NAZEER et M. SHAFI (Univ de Cambridge)
tout récent ouvrage
« objective perspective in colposcopy »**

**Nombreux sont les pays
à avoir introduit un programme de formation
coordonné par l'European Federation for Colposcopy**





**Une Commission pour une Charte de Qualité
4 Sociétés Savantes**

**SFCPCV
CNGOF
FNCGM
SFG**

prise en charge administrativement par le CNPGO*

* Conseil National Professionnel dédié aux bonnes
Pratiques en Gynécologie et en Obstétrique

Une 1^{ère} étape

comporte une adhésion initiale à la Charte

**elle est individuelle et volontaire
pour tout médecin spécialiste en exercice
ayant une expérience colposcopique « de fait »**



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 Coloscopie
et certifie que

Le Docteur _____

a fourni tous les justificatifs nécessaires pour adhérer à la

Charte de Qualité en Coloscopie

Cette adhésion est effective jusqu'au 31 Décembre 2012.

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

Pour la Commission, le Coordinateur Dr JL Mergui





Une 2ème étape

comportera un engagement de qualité

**pour tous les praticiens
ayant adhéré à la phase initiale**

Une 2ème étape

comportera un engagement de qualité

**pour tous les praticiens
ayant adhéré à la phase initiale**

à renouveler tous les 3 ans

comportant 2 volets



Volet diagnostic



Volet thérapeutique

Un volet diagnostique

Présence à un Congrès national
uniquement dédié à la patho col
au moins 1 fois pour 3 ans

Inscription à la SFCPCV
ou autre Société Savante
adhérente à la Charte

Présence à une Formation
dédiée à la pathologie du col
au moins 1 fois par an

Déclaration d'environ 50 patientes en Colposcopie par an
(charte du R. Uni : 50 dont 20 nouveaux cas et 10 haut grade)

Un volet thérapeutique

```
graph TD; A[Un volet thérapeutique] --> B[Faire 20 gestes thérapeutiques par an]; A --> C[Histologie des pièces de conisation CIN2+ dans plus de 70% des cas]; A --> D(Avoir obtenu le label du volet diagnostic);
```

**Faire 20 gestes thérapeutiques
par an**

**Histologie des pièces de conisation
CIN2+ dans plus de 70% des cas**

Avoir obtenu le label du volet diagnostic

Car il ne faut plus qu'il existe :



d'un côté le voyeur colposcopiste



de l'autre côté le coupeur de col

Car on conise

dans notre bon pays de France

des bas grades chez des femmes jeunes

!!!

	Total Conisations	indication bas grade	< 35 ans	< 30 ans
ANGERS	268	41 (15 %)	14 (34 %)	8 (19,5 %)
PARIS	321	121 (37 %)	55 (45,5 %)	29 (24 %)
« référent »	51	8 (15,7 %)	0	0

C'est idiot

**car les lésions de bas grade
régressent ...**

**Vous lirez
dans toutes les bonnes revues :**



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

C'est doublement idiot

**car ça coûte cher
pour rien ...**

en lisant les
« recommandations pour la pratique clinique »
éditées en Août 2007

les CIN I ont entraîné en 2004 :

6637 hospitalisations
3693 conisations
139 hystérectomies
coût : 9 000 000 d'euros

C'est triplement idiot

**car ça menace les
futures grossesses ...**

car 1 femme sur 4 que vous côneisez
sera enceinte

$1/4$

ACCOUCHEMENTS PREMATURES*

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

**3 fois plus d'accts
très prématurés !!**

* J. Marchetta
7 CHU de l'Ouest
10 ans – 739 cas

ACCOUCHEMENTS PREMATURES

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

Les analyses objectivent de façon évidente que

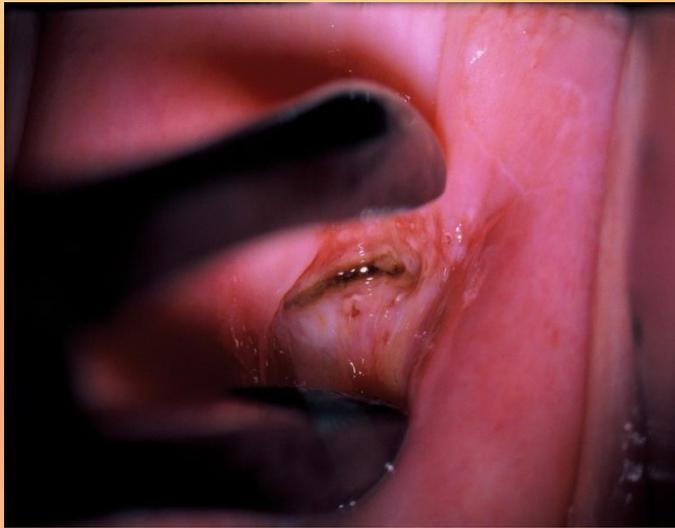
la morbidité s'atténue pour les cônes < 2 cm,

s'estompe pour les cônes < 1,5 cm

et s'éteint pour les cônes < 1 cm.

il y a ici un enjeu de Santé Publique

Nos conduites de demain doivent donc reposer sur une définition au plus juste de la hauteur de remontée endo-cervicale des lésions **par un bilan colposcopique pré-opératoire de qualité**



et il convient de réaliser les conisations
sous colposcopie

L'établissement d'un label de qualité pour la colposcopie permettra :

à chacun de mieux faire
reconnaitre
ses efforts d'amélioration
de ses connaissances

d'assurer une prise en charge
thérapeutique mieux adaptée
pour la prévention des cancers
du col utérin

