



LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL
PRATIQUE CLINIQUE

Docteur Chantal INGOUF



DEPISTAGE PRIMAIRE PAR LA CYTOLOGIE

Etat des lieux en 2009

- Pourquoi ?
- Quand ?
- Comment ?
- Cas particuliers :
 - Histoire naturelle
 - Les terrains à risques
 - Frottis et grossesse
 - Frottis et population vaccinée contre HPV
 - Frottis après conisation
 - Frottis après hystérectomie



Pourquoi ?

○ MOYEN EFFICACE

- Baisse de mortalité de 4% par an
- Incidence réduite de moitié en 20 ans

Mais en France :

- incidence reste élevée/Europe de l'Ouest
- concerne des femmes jeunes :
 - Lésions pré Kc : 30-35 ans
 - Kc : 2 pics 40-45 et 55-60 ans



Pourquoi ?

○ MOYEN QUI RESTE A AMELIORER

- En terme d'organisation : pour le moment opportuniste = grandes disparités
- En terme de couverture:
 - Seulement 55% de la population à ce jour
 - 60% : 20-45 ans
 - 48% : 50-59 ans
 - Suivi cytologique Kc invasif
 - 1 sur 3 FCV=0
 - 1 sur 3 FCV – 3 ans avant



Pourquoi ?

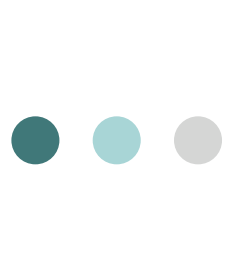
○ 2 URGENCES

- Meilleure couverture de la population cible qui représente 17 millions de femmes (25-65)
- Meilleure sensibilité au dépistage qui reste imparfaite à 60%



Quand ?

- RECOMMANDATIONS ANAES
 - Cible : 25-65 (Europe – EU : 20-65)
 - Statut : ayant ou ayant eu RS
 - Rythme : triennal après 2 FCV normaux à un an



Quand ?

○ Tous les termes sont importants

● Vie sexuelle

- Attention aux femmes qui arrêtent le dépistage n'ayant plus de RS
- Âge au 1^{er} RS
 - Déclaré ou non
 - Moyenne : 17 ans (24% <16 ans ont eu RS)

● Cible

- 20-25 ans
 - Avant 20 ans : Kc invasif = 0
Hausse BG qui régressent spontanément (90%) en 12 à 36 mois
 - À 20 ou à 25 ?
 - 3 à 5 ans après 1^{er} RS
 - nombre de partenaires > 5
 - situation particulière : immunodéficience/IST/prostitution
- 65 ans : ne s'applique qu'aux femmes qui ont eu avant des FCV réguliers et normaux

● Rythme triennal

- Les Kc d'intervalle sont peu fréquents (5%), de stade moins évolué, de plus petite taille
- Finlande : environ 100% de couverture avec FCV tous les 5 ans : chiffres record de réduction de l'incidence du Kc
- Pas de différence significative en terme d'incidence entre FCV annuel et FCV triennal (rapport bénéfique/coût)



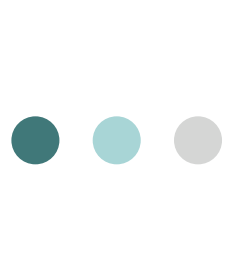
Comment ?

- FCV :
 - Simple à réaliser
 - Relativement économique
 - Mais peu sensible donc à REPETER
- ETAT ACTUEL NON SATISFAISANT
 - TROP de non dépistées : 45%
 - TROP de mal dépistées : 50% FCV à intervalle < 2 ans
40% FCV à intervalle > 3 ans



Comment ?

- La problématique :
 - Réticences de la part des femmes ? Insuffisance d'information ?
 - Manque de sensibilisation des médecins prescripteurs ?
 - L'enveloppe financière actuelle dépasse celle d'une couverture de 100% et ne concerne que 55% de la population cible
- En attendant le dépistage organisé :
 - RETENIR : la réduction de l'incidence dépend du degré de couverture et non pas de la fréquence
 - INFORMER les femmes – motif de la consultation (déclaration G)
 - S'IMPLIQUER – EVALUER ses résultats avec l'ANAPATH
 - CIBLER la non participation
 - Milieu socioéconomique – immigrées
 - Ménopausées non traitées
 - Femme > 65 ans qui n'a jamais eu de FCV : cible du généraliste
- RESULTATS
 - Hausse actuelle des lésions de HG liées à l'avance de l'âge du 1^{er} RS et à la multiplication des partenaires



CAT dans le DEPISTAGE

EXCLUSION

< 20 ans
> 65 ans
Vierge

Hystérectomie totale (pour
cause extra-cervicale)

DEPISTAGE
STANDARD

2 FCV à 1 an puis
triennal quelque soit
l'âge de début du
dépistage

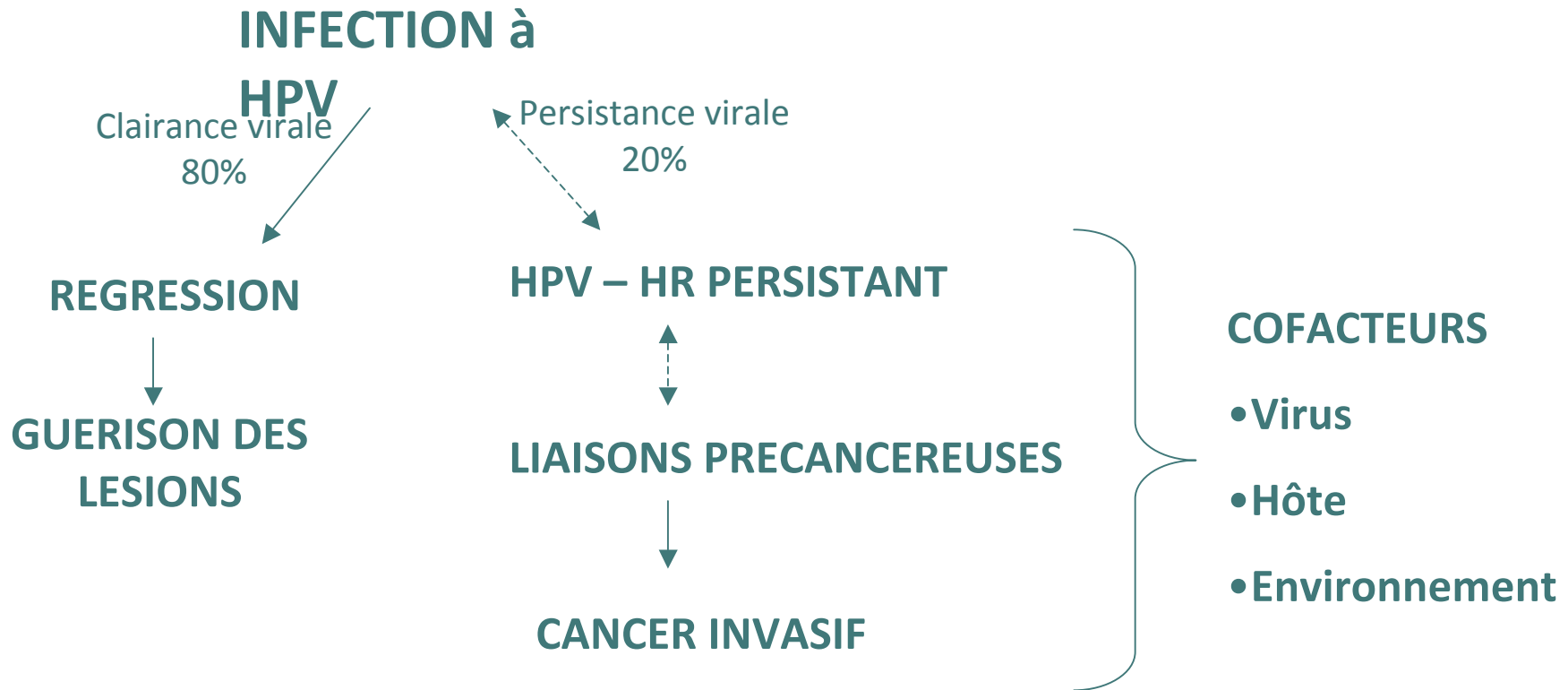
DEPISTAGE
PERSONNALISE

ANTCD FCV \geq ASCUS
ANTCD lésion cervicale
traitée ou non

**En France : le 1^{er} facteur de risque = ABSENCE DE
DEPISTAGE ou DEPISTAGE INADEQUAT**

CAS PARTICULIERS

○ Histoire naturelle – HPV – Kc coL





Les terrains à risques

- Kc col : lésion HPV persistante + cofacteurs
 - Latence longue de 10 à 15 ans : intérêt du dépistage
 - SURVEILLER LES FEMMES A RISQUES
 - Immunodéprimées : RR x 2 si transplantée
 - IST : RR x 6 si HIV+
 - Partenaires multiples : RR x 3 si > 10
 - Tabac : RR x 2 (dose dépendant)
 - OP > 10 ans : études contradictoires
 - Âge du 1^{er} RS : RR x 2 si < 16 ans
 - Parité : RR x 2 si > 7
- ATTENTION A L'ASSOCIATION - tabac
- pilule
 - HPV – HR persistant



FCV et grossesse

- Particularités cliniques
 - Caractère extensif et multifocal
 - Possible disparition en post partum
- 1^{ère} cs prénatale idéale pour le dépistage : soit 1^{er} FCV soit si précédent > 2 ans
 - Passage obligé pour celles qui n'ont pas l'habitude de consulter
 - Âge G de plus en plus tardif (30 à 45 ans) ↔ âge des lésions pré Kc col
 - Extériorisation de la zone de jonction : facilite Δ g
- Résultats : efficacité identique mais **INFORMER l'ANAPATH du TERME DE LA GROSSESSE**
- Conduite thérapeutique : évaluation colpo-histologique +++
 - Abstention thérapeutique dans les dysplasies
 - REFAIRE BILAN CYTO-COLPO-HISTO à 2 mois post partum
 - Attention au risque de pertues de vue (30%)
 - 30 à 40% des lésions ont régressé
 - 1 à 15% des lésions se sont aggravées
 - Kc invasif : décision collégiale fonction du degré d'invasion / des données colposcopiques / du terme de la grossesse



FCV et population vaccinée contre HPV – HR (16 et 18)

- Prévalence de 16 en France
- Plus on vaccine tôt plus on diminue la mortalité par Kc
- Impact théorique du vaccin
 - ASC – US ↓ 20%
 - LSIL ↓ 30%
 - HSIL ↓ 50%
 - Kc invasif ↓ 75%
- Avec 70% de vaccinées on diminue de moitié les lésions : 50% de la population sera susceptible de développer une lésion → IMPORTANCE DU DEPISTAGE
- Les autres HPV – HR ne sont pas couverts par le vaccin (16 → 31 et 33 ; 18 → 45 et 59)
- Reste le problème des femmes déjà infectées avant la vaccination = NON PROTEGEES

BENEFICES DE LA CAMPAGNE D'INFORMATION :

- Effet positif sur le grand public via les médias
- On peut espérer sensibiliser nos politiques sur la prise en charge de la maladie



FCV après conisation ou traitement destructeur

- 3 risques :
 - Persistance des lésions (15%)
 - Évolution vers Kc invasif ! RR x 5
 - Perdues de vue > 20% à 2 ans
- Modalités actuelles de suivi : CYTO-COLPO
 - À 3 ou 6 mois
 - À 6 ou 12 mois
 - Annuelle pendant au moins 15 ans voire 20 ans !
- Avenir proche : utilisation du test HPV – HR (non remboursé à ce jour)
 - à 6 mois → - : on espace la surveillance 12/18
 - + : on renforce la surveillance

Forte VPN du test HPV – HR



Potentiel évolutif des lésions

ASC-US : 2 à 4%

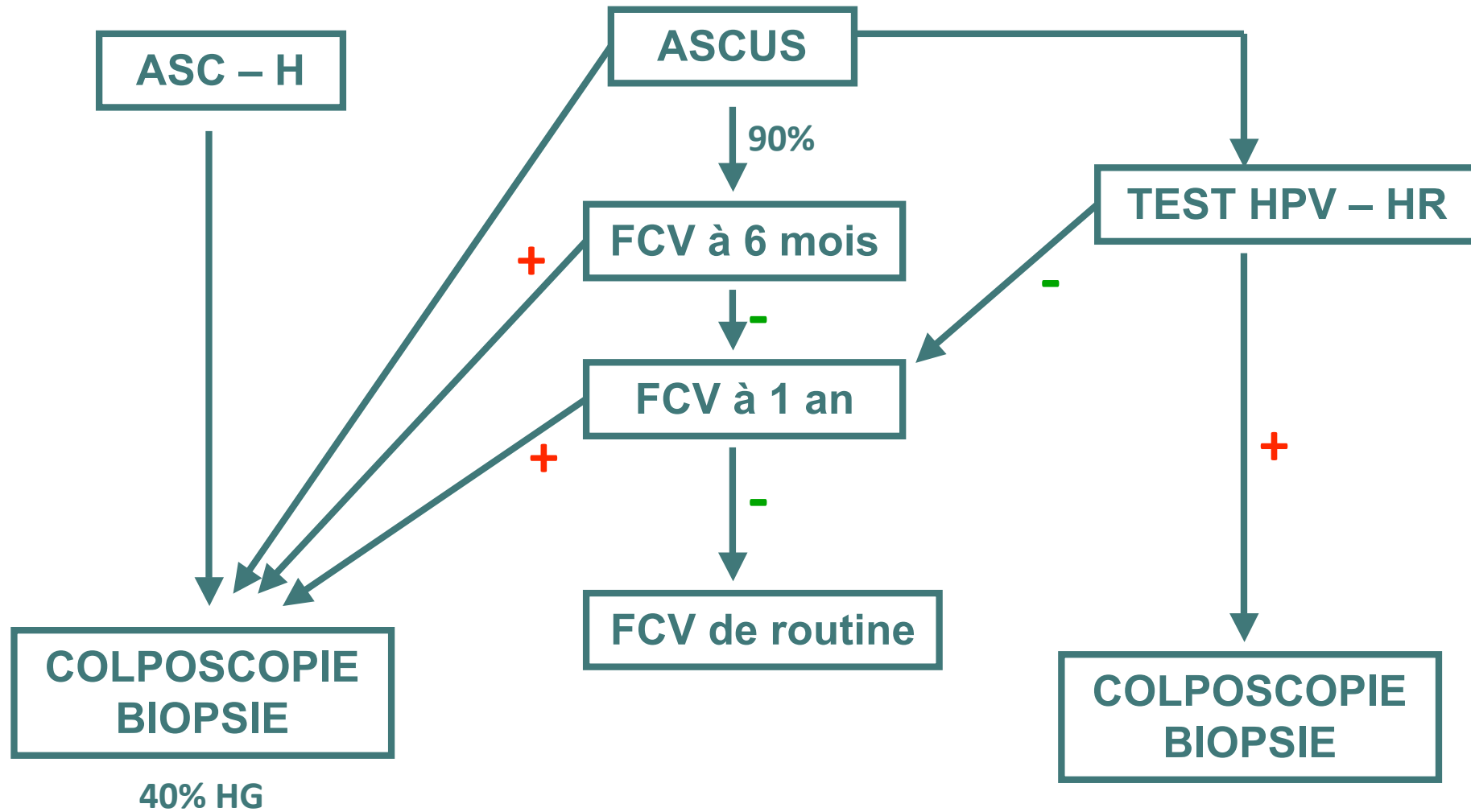
LSIL : 1 à 2%

HSIL : 0,3% (↑ avec l'âge)

%	ASCUS	LGSIL	CIN ₁	HGSIL	CIN ₂	CIN ₃
Régression	68	47	57	35	43	32
Persistance	25	32	32	40	35	< 56
Evolution CIN ₃	7	21	11	23	22	—
Évolution Kc invasif	0,25	0,15	1	1,44	5	> 12



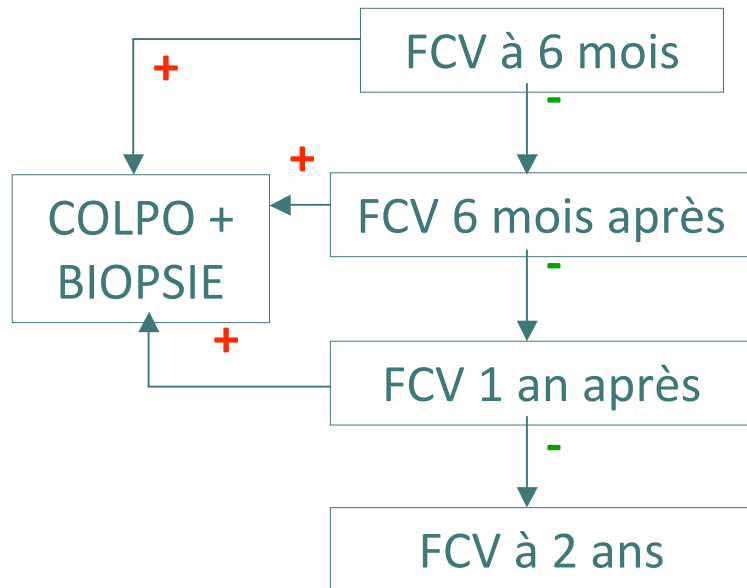
Frottis ASC



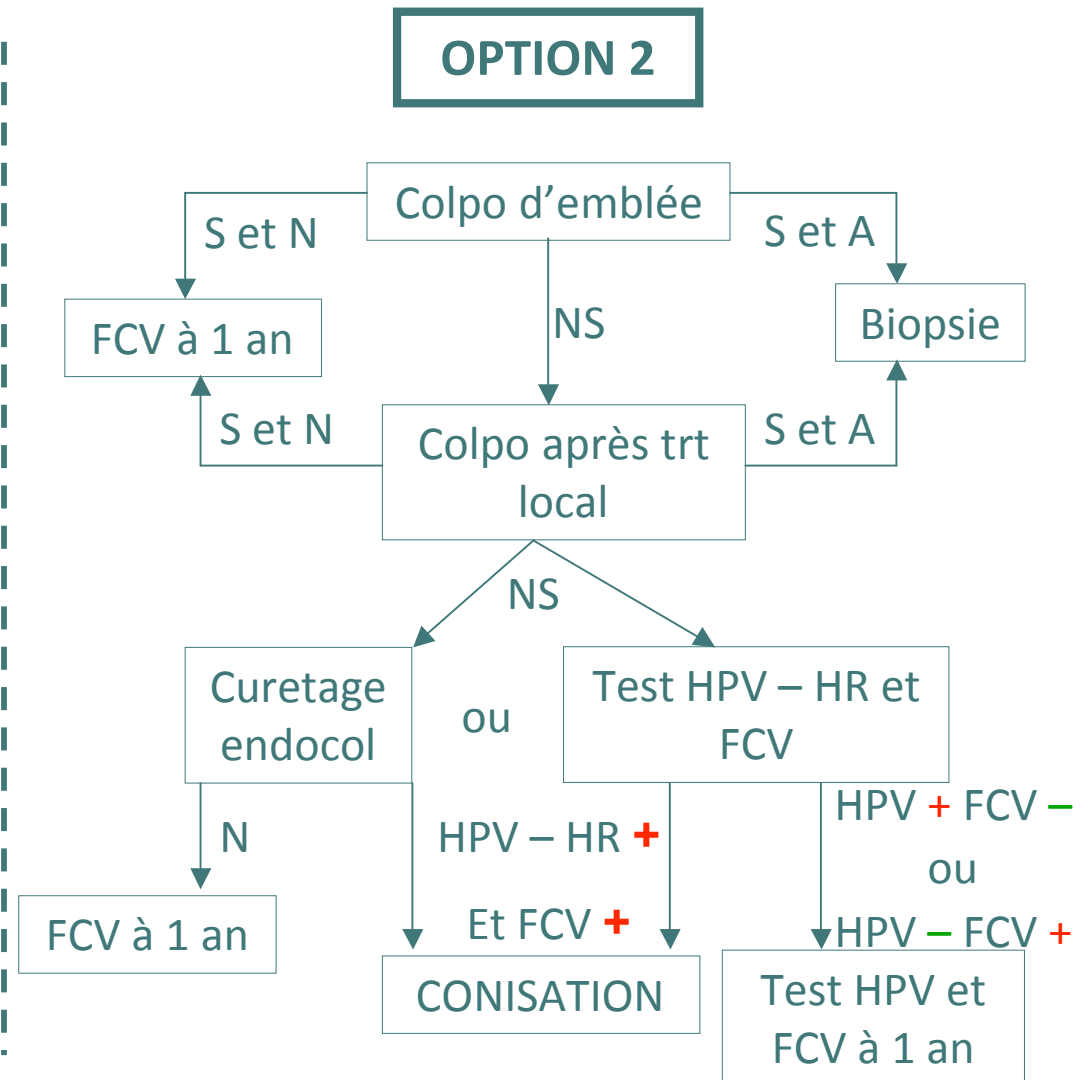


FCV = LSIL

OPTION 1



OPTION 2





Cas clinique n°1

- D. Molly – 23 ans – Célibataire
- FCV n°2 = **ASC-US**
- OP / tabac = 0 / G = 0
- RS₁ à 17 ans – toujours protégés
- Famille : mère a eu condylome cervical traité par laser
→ Choix option ?



Cas clinique n°1

- D. Molly – 23 ans – Célibataire
- FCV n°2 = **ASC-US**
- OP / tabac = 0 / G = 0
- RS1 à 17 ans – toujours protégés
- Famille : mère a eu condylome cervical traité par laser
→ Choix option ?

HPV – HR = REPONSE NEGATIVE



suivi cyto à 1 an = normal



Cas clinique n°2

- C. Sabrina – 29 ans – Mariée
- FCV = **ASC-US**
- OP / tabac = 10/j / projet parental à court terme
→ Choix option ?



Cas clinique n°2

- C. Sabrina – 29 ans – Mariée
- FCV = **ASC-US**
- OP / tabac = 10/j / projet parental à court terme
→ Choix option ?

COLPO = contributive

Biopsie = inflammation banale (ZIN inhomogène)



Bilan cyto après G (2^{ème} mois) = normal



Cas clinique n°3

- L. Sylvie – 50 ans – divorcée, vit en couple
- FCV = **ASC – US**
- Pas de contraception / tabac = 0 / 3 enfants
- ANTCD = condylome cervical en 1985 puis 1987 →
LASER en 87
→ Choix option ?



Cas clinique n°3

- L. Sylvie – 50 ans – divorcée, vit en couple
 - FCV = **ASC – US**
 - Pas de contraception / tabac = 0 / 3 enfants
 - ANTCD = condylome cervical en 1985 puis 1987 → LASER en 87
- Choix option ?

COLPO = NC (JPV non vue / OE sténosé)



CONISATION = HISTO NORMALE

● ● ● | Prise en charge ASC – US

○ ANAES 3 options :

- Cyto mais faible sensibilité + pb perdues de vue
- Colpo mais faible spécificité + pb de la SURévaluation et du SURtraitement
- HPV – HR mais ne retenir que sa valeur prédictive NEGATIVE
 - HPV – HR + = INFECTION mais pas forcément LESION

○ CRITERE DE CHOIX = Age

> 30 ans

ASC – US / HPV – HR +

ASC – US / HPV – HR -



COLPO + BIOPSIE



CYTO à 1 an



Cas clinique n°4

- S. Kathy – 30 ans – divorcée, vit en couple
 - OP / tabac = 10 à 20/j / 2 enfants nés en 92 et 96 / projet parental à moyen terme avec le partenaire actuel
 - FCV : **BG** (condylome)
 - Famille :
 - Mère : cancer du col invasif
 - Sœur : CIN III
- Choix option ?



Cas clinique n°4

- S. Kathy – 30 ans – divorcée, vit en couple
- OP / tabac = 10 à 20/j / 2 enfants nés en 92 et 96 / projet parental à moyen terme avec le partenaire actuel
- FCV : **BG** (condylome)
- Famille :
 - Mère : cancer du col invasif
 - Sœur : CIN III
 - → Choix option ?

COLPO : Contributive

Biopsie : condylome plan pur → LASER

SUIVI CYTO : - à 6 mois : persistance de signes viraux

- à 12 mois : normal



Cas clinique n°5

- L. Sarah – 20 ans – célibataire
 - IST clamydiae + FCV = **BG** (condylome)
 - OP / tabac = 5 à 10/j / 1 partenaire / RS₁ = 16 ans_{1/2} / \updownarrow préservatifs
- Choix option ?



Cas clinique n°5

- L. Sarah – 20 ans – célibataire
 - IST clamydiae + FCV = **BG** (condylome)
 - OP / tabac = 5 à 10/j / 1 partenaire / RS₁ = 16 ans_{1/2} / \updownarrow préservatifs
- Choix option ?

COLPO : lésions bifocales col + VAGIN → LASER



PARTENAIRE = VV+

SUIVI CYTO

- à 6 mois : persistance de lésions virales
- à 12 mois : persistance de lésions virales
- à 24 mois : normal



Cas clinique n°6

- G. Chantal – 43 ans – divorcée
 - FCV : **BG** (condylome)
 - Pas de contraception / tabac = 0
 - Opérée 4 ans plus tôt d'un CANCER de la VESSIE
- Choix option ?



Cas clinique n°6

- G. Chantal – 43 ans – divorcée
 - FCV : **BG** (condylome)
 - Pas de contraception / tabac = 0
 - Opérée 4 ans plus tôt d'un **CANCER** de la **VESSIE**
- Choix option ?

COLPO : NC (jonction non vue)

Biopsie : inflammation banale

} CONISATION : CIS IN SANO

SUIVI CYTO - à 6 mois : normal

- à 12 mois : normal



Cas clinique n°7

- O. Nathalie – 31 ans – mariée
 - FCV : **BG** (adressée par MT pour colpo)
 - OP / tabac = 15/j / 2 enfants
- Option colpo justifiée ?



Cas clinique n°7

- O. Nathalie – 31 ans – mariée
 - FCV : **BG** (adressée par MT pour colpo)
 - OP / tabac = 15/j / 2 enfants
- Option colpo justifiée ?

COLPO : contributive

Biopsie : CIN III → CONISATION = CIS NON IN SANO



REPRISE = CIS RESIDUEL IN SANO

SUIVI CYTO

- à 6 mois : normal
- à 12 mois : normal



Cas clinique n°8

- L. Catherine – 40 ans – veuve, partenaire actuel : VV+
- FCV : **BG** (CIN₁)
- OP / tabac = 0 / 2 enfants
→ Choix option ?



Cas clinique n°8

- L. Catherine – 40 ans – veuve, partenaire actuel : VV+
- FCV : **BG** (CIN₁)
- OP / tabac = 0 / 2 enfants
→ Choix option ?

COLPO : contributive

**Biopsie : CIN III → Conisation : CIS IN SANO +
condylome**

SUIVI CYTO - à 6 mois : normal

- à 12 mois : normal



Prise en charge BG

- BG : lésions virales et CIN₁
- 1 à 2% des FCV
- 15 à 30% avec HG sous jacent
 - ANAES = 2 options
 - CRITERE DE CHOIX : AGE

Dg

- Avant 30 ans : option suivi CYTO

-Taux de régression spontanée : environ 50% en 12 à 36 mois

-SURtraitement : impact physique / psychologique / économique

-6 à 10% de récurrences après test

- inconvénients :

- perdues de vue

- méconnaissance d'un HG sous jacent

- Après 45 ans : option colpo d'emblée

TrT

Préconisé si

- âge > 45

- pathologie persistante > 18 mois / 2 ans

- avenir proche : génotypage HPV 16 (en cours d'évaluation)
permettrait de sélectionner les femmes à traiter

HPV 16 + = risque CIN₃ à 39% à 2 ans

autres HPV = risque CIN₃ à 10% à 2 ans



Cas clinique n°9

- C. Andrette – 33 ans – divorcée - > 8 partenaires
- Pas de contraception / tabac = 15/j / 2 enfants
- Colpo : contributive
 - Biopsie : condylome sur MM sur le col + lésions paroi vaginale gauche + condylomes externes périnéaux
 - indication de laser
 - diffère son rdv pour raisons personnelles
 - 3 mois plus tard : disparition spontanée des lésions
- Suivi cyto à 1 an : normal



Cas clinique n°10

- W. Martine – 46 ans – mariée
- SF : métrorragies spontanées
- Précédent FCV : 2 ans
- Examen : lésion bourgeonnante du col
Biopsie : carcinome épidermoïde
→ CHL : T_{b1} N₀
- Suivi à 6 mois
 à 12 mois
 annuel



CONCLUSION

Les derniers jours du FCV de dépistage ?

- À ce jour : 3 écueils
 - Sensibilité imparfaite
 - Couverture insuffisante
 - Prise en charge variable des frottis anormaux
- À l'avenir : utilisation du test HPV en
 - Dépistage primaire > 30 ans (auto-prélèvement)
 - Persistance de l'infection par 16 > 1 an
 - Suivi des jeunes filles vaccinées (2 test à 5-7 ans d'intervalle = 25-30 et 35-40)

VPM : optimum

SELECTION d'une POPULATION à RISQUE : CYTO DIAGNOSTIQUE