

Les OPTIMISATIONS deviennent...

GYNAIX

OPTIS

Vendredi
27 janvier 2017

CENTRE DES CONGRÈS
D'AIX-EN-PROVENCE



PRISE EN CHARGE DES LESIONS DE BAS GRADE

ANNE DAUMALIN-CHRISTOPHE AMIEL

CENTRE HOSPITALIER
AIX EN PROVENCE

VENDREDI 27 JANVIER 2017

POURQUOI cette mise à jour?



Plan
cancer
2014-2019

GUÉRIR ET PRÉVENIR LES CANCERS :
DONNONS LES MÊMES CHANCES
À TOUS, PARTOUT en FRANCE

GYNAIX
OPTIS

POURQUOI cette mise à jour?

- **Action 1.3 du plan cancer 2014-2019**
- Recommandations et référentiels INCa 2017 (experts de sociétés savantes : SFCPCV, CNGOF, FNCGM, SFCC, SFP, CNR HPV, SFM, CMG, CNSF, ACORDE)

POURQUOI cette mise à jour?

Action 1.3 : Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée.

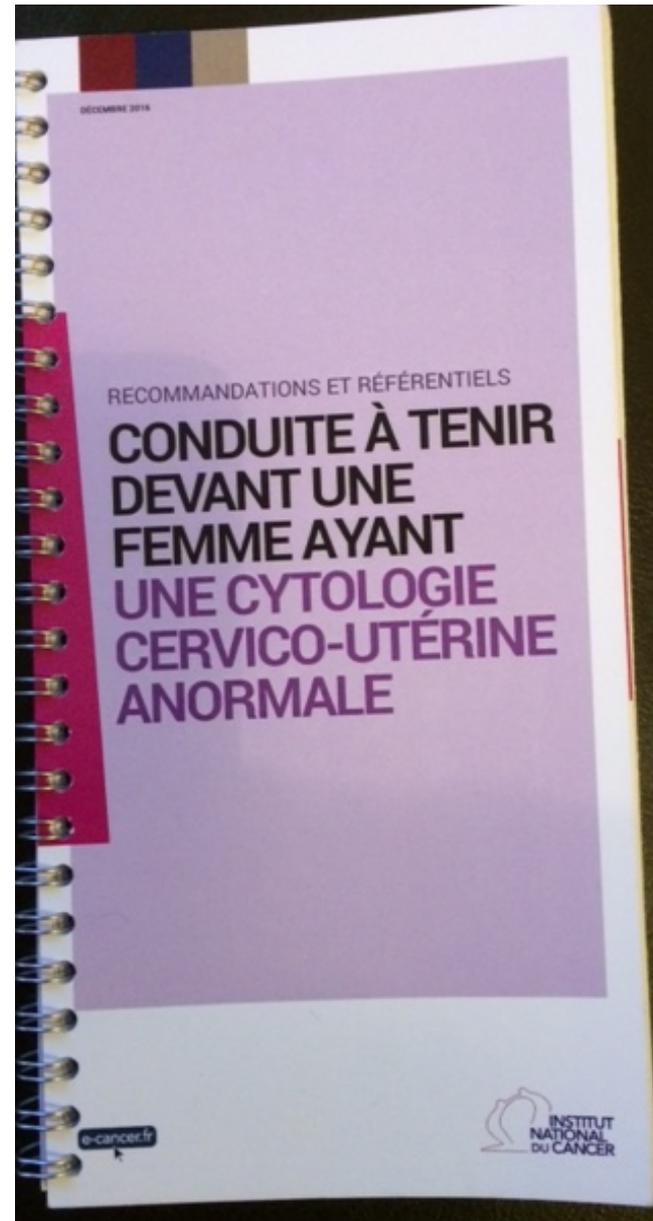
Dans le cadre de la généralisation du dépistage, 6 millions de femmes devraient réaliser un frottis chaque année. Le taux de frottis anormal attendu est de 3,9 %, soit 235 000 femmes chaque année, et des lésions précancéreuses ou cancéreuses seront constatées chez plus de 31 000 femmes. Il est donc essentiel que le programme de dépistage s'accompagne d'une actualisation des conduites à tenir devant un frottis anormal pour garantir des prises en charge adaptées.

- ▶ Actualiser et diffuser les recommandations de prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses en précisant les indications d'utilisation des différentes options thérapeutiques, pour éviter les conisations en excès et minimiser le surtraitement. S'assurer de leur application par les professionnels concernés.

POURQUOI cette mise à jour?

Action 1.3 du plan
cancer 2014-2019

Recommandations
et référentiels INCa
2017 (experts de
sociétés savantes :
SFCPCV, CNGOF,
FNCGM, SFCC, SFP,
CNR HPV, SFM,
CMG, CNSF,
ACORDE)



POURQUOI

prendre en charge une lésion de bas grade?

- Ne pas méconnaître une lésion plus grave située dans l'endocol si la jonction n'est pas vue : risque évalué entre 10 à 15 %

Ce risque est corrélé à l'âge de la patiente avec des lésions de haut grade plus fréquentes après 50 ans.

- Ne pas prendre le risque d'une aggravation qui même très faible existe .

Les lésions cervicales de bas grade

Définition de la lésion de bas grade histologique (biopsie) ou CIN1 :

Toutes les modifications cellulaires liées à l'effet cytopathogène de l'HPV :

- Koilocytes avec des anomalies péri-nucléaires des cellules très superficielles de l'épithélium (caractéristiques du condylome)

- dysplasies légères avec des anomalies nucléaires des cellules du 1/3 inf de l'épithélium

1-CYTOLOGIE BAS GRADE (FCU)

Les lésions cytologiques de bas grade correspondent à # 2% des FCU en France .

- le col est dit « normal » (pas de lésion retrouvée à la biopsie ou pas de biopsie faite) dans 20%
- une CIN1 est confirmée dans 65%
- une CIN2+ dans 15 %

Implication virale

83% des patientes de moins de 35 ans qui ont une lésion de bas grade histologique sont HPV HR +

Test HPV non recommandé en 1ère intention en cas de cytologie bas grade

Double marquage P16 et Ki67

- La **P16** ink4a n'est exprimée que dans 50% des CIN1 car le marquage de cette protéine se fait essentiellement dans les couches basales de l'épithélium.

P16 seule ne sert à rien dans le bas grade

- **Ki67** : marqueur de la prolifération cellulaire.

Il est combiné avec la P16 dans le CINTec +

Il s'agit donc de marqueurs d'évolutivité ou plutôt d'agressivité de la lésion et n'ont donc que peu d'intérêt dans les CIN1 et sont à réserver dans les cas de colposcopies difficiles (bas grade avec jonction non vue par exemple), pas de RDV de colposcopie disponible.

Evolution de la lésion de bas grade

.60 à 90 % des bas grades régressent en 3 ans

facteurs influençant :

âge :90 % avt 35ans,

tabac : immunité < facilite pénétration et multiplication du virus,

type d'HPV (16 et 18).

.**Persistance** :environ 10 % des cas

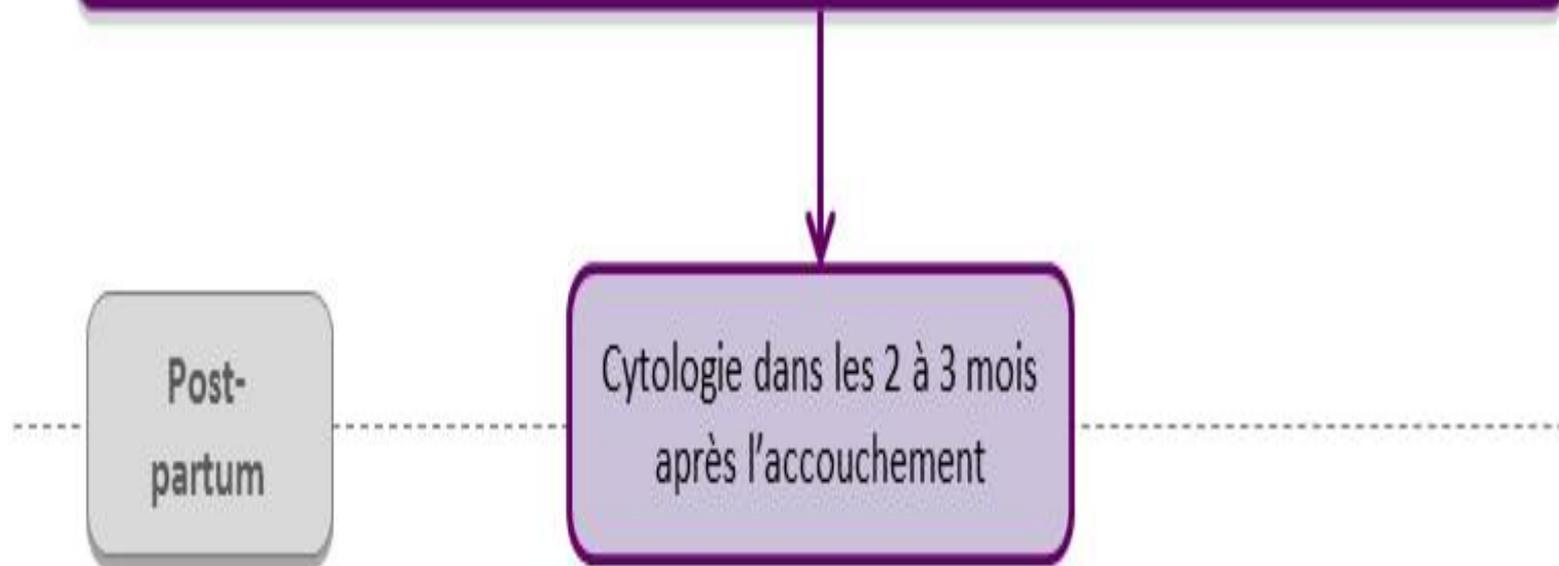
.**Evolution CIN2+**: 18 %

.**Evolution KC invasif** : 0,15à 0,25 %

A large, stylized tree in shades of light beige and cream, with some small teal leaves, serves as a background for the slide. The tree's branches are thick and curved, spreading across the frame.

Cas particulier de la grossesse

Cytologie ASC-US ou LSIL en cours de grossesse



Cytologie LSIL initiale

Option *

**Test HPV non
recommandé en
1^{ère} intention**

Double immunomarquage
p16/Ki67 réflexe

Positif

Négatif

Colposcopie, avec
biopsie si anomalie

Voir arbre suivant
pour la PEC dans
cette situation

Cytologie à 12
mois

M12

Cytologie LSIL initiale – après colposcopie

Colposcopie, avec
biopsie si anomalie *

Colposcopie
normale et
satisfaisante

Lésion
histo

PEC selon
recommandations **

Test HPV OU cytologie
à 12 mois

M12

HPV
négatif

Cytologie
normale

HPV positif
ou cytologie
anormale

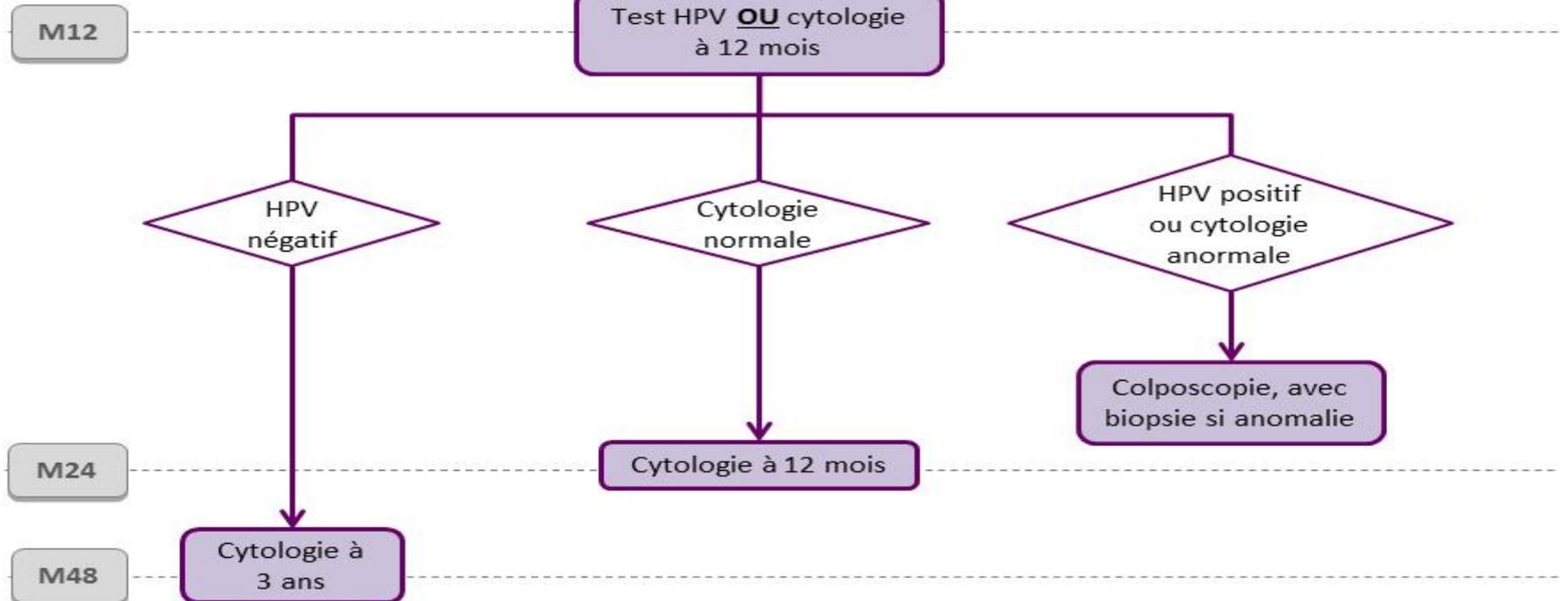
Colposcopie, avec
biopsie si anomalie

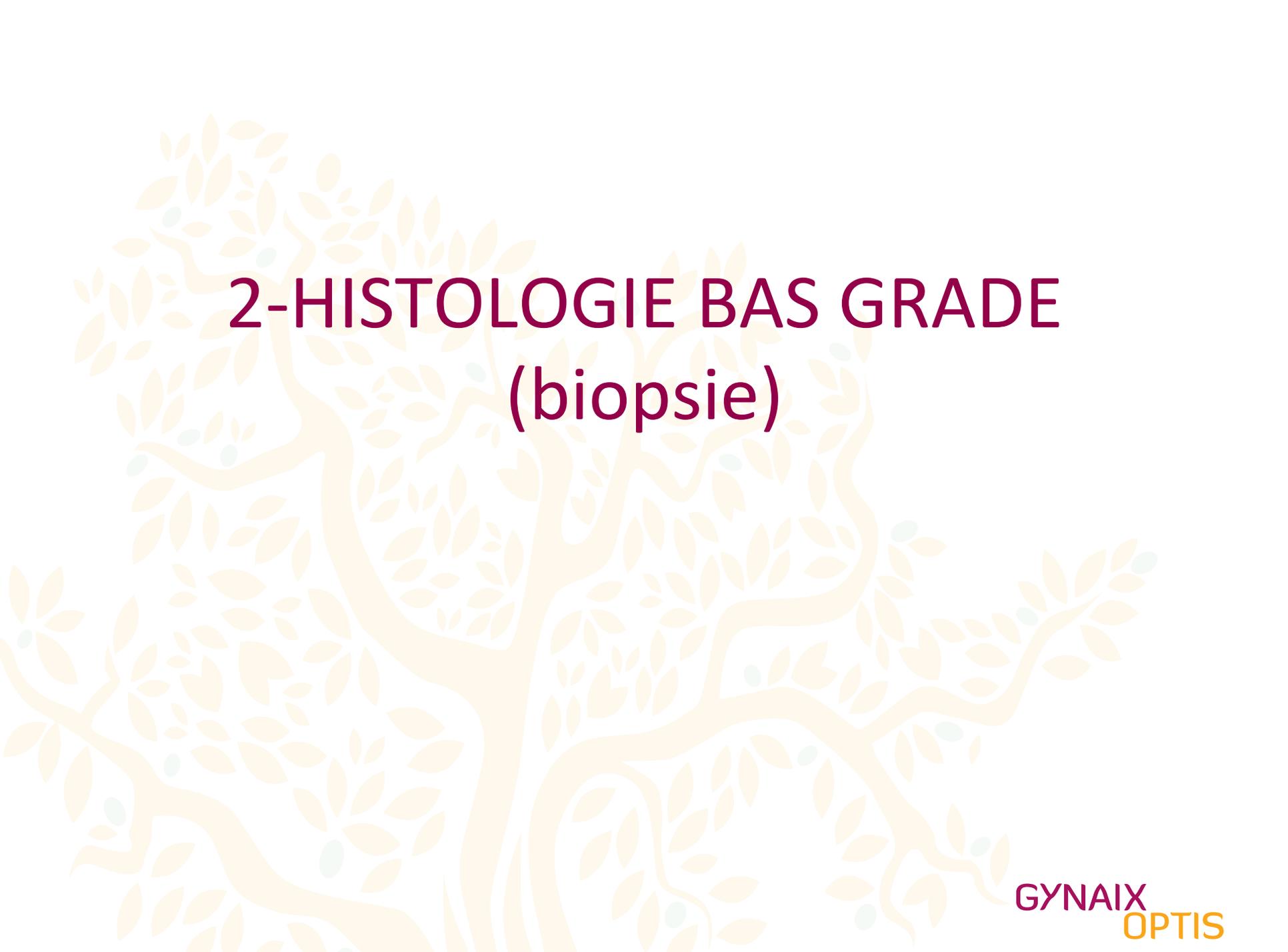
M24

Cytologie à 12 mois

M48

Cytologie à
3 ans

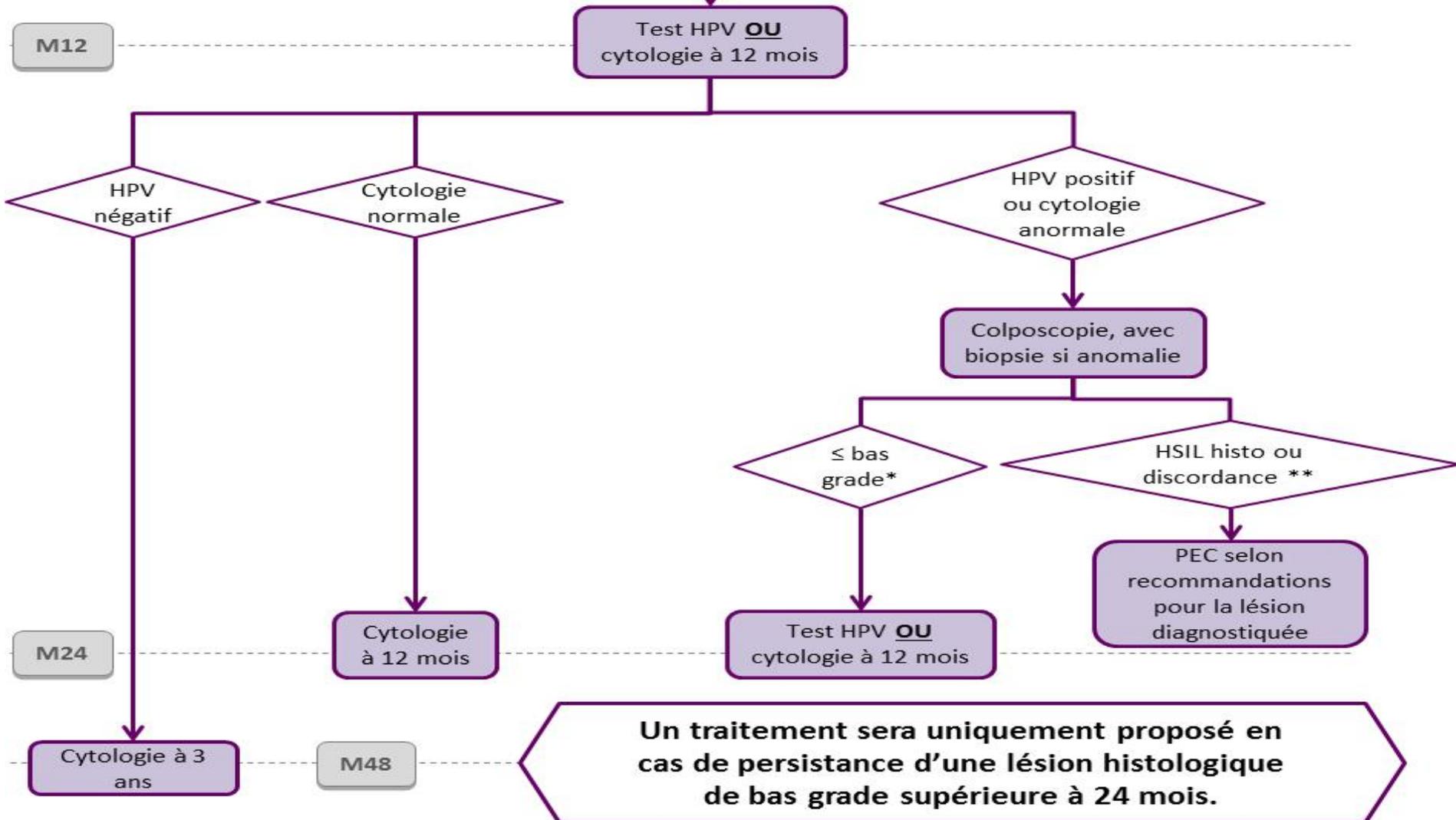


A large, stylized tree with a thick, light-brown trunk and branches, filled with numerous small, light-brown leaves. Some leaves are accented with a light blue color. The tree is positioned on the left side of the slide, with its branches extending across the top and right.

2-HISTOLOGIE BAS GRADE (biopsie)

Cytologie initiale ASC-US ou LSIL

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade



Surveillance ou traitement?

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

Une méthode de destruction (LASER) 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 »

INCa 2017

Cytologie initiale ASC-H, AGC ou HSIL

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade et colposcopie satisfaisante

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade et colposcopie non satisfaisante (ZT3)

Colposcopie de contrôle et/ou curetage endocervical

≤ bas grade *

Au moins un résultat > bas grade

Exérèse de la lésion cervicale

Cytologie et colposcopie et examen du vagin à 6 mois

Cytologie et colposcopie et examen du vagin à 6 mois

Résultats normaux

Lésion vaginale

Discordance cyto / histo persistante après relecture

Traitement de la lésion vaginale

Exérèse de la lésion cervicale

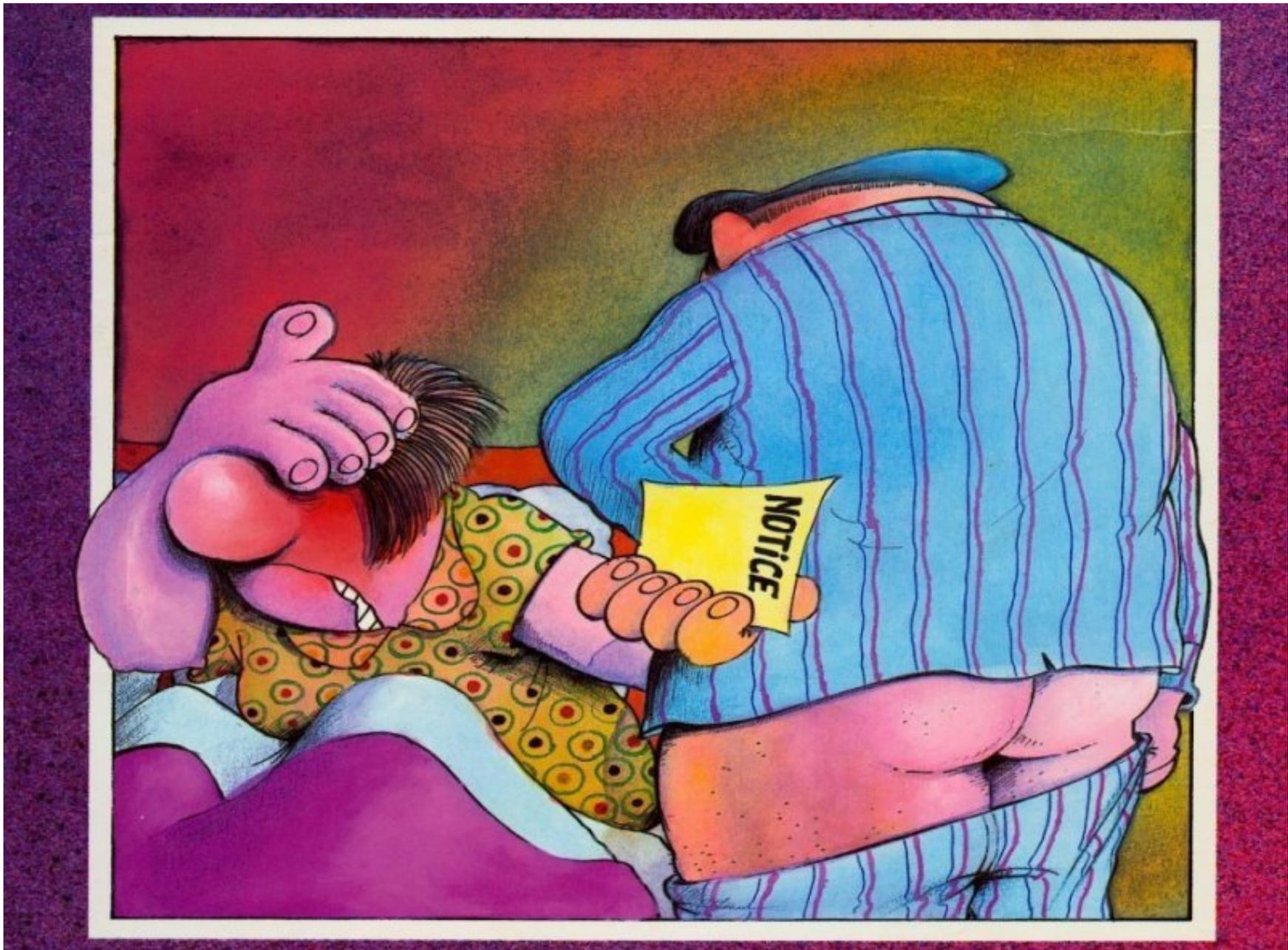
Cytologie à 12 mois

M6

M18

3-LES AUTRES LESIONS DE BAS GRADE

- Vaginales : VaIN
- Vulvaires : VIN classique
- Anales : AIN
- Les localisations ORL



LESIONS VAGINALES VaIN

- Rares : 10 fois moins fréquentes que les CIN
- 65 à 91% liées HPVHR+
- Plus tardives que CIN mais souvent multifocales et récidivantes
- Localisées le plus souvent 1/3 supérieur du vagin
- VaIN1 très lentement évolutive (10% des VaIN2+ ont un risque d'évolution vers le cancer invasif)

VaIN1 et traitement

Le plus souvent abstention :

Beaucoup de patience et se retenir de traiter car le plus souvent disparition spontanée

Et **surveillance prolongée** nécessaire: traquer la VAIN2/3

Proposition: Vaporisation LASER : prof 1 à 1,5 mm et 5 mm autour de la lésion

Tampon d'Imiquimod : hors AMM et grossesse?

Tampon d'Acide Trichloracétique dilué à 50 % 2 à 3 X/sem pdt 4 sem

Lésions vulvaires :VIN

2 types de VIN :

- VIN différenciée non liée à HPV, sur lichen scléreux pré-existant , femme âgée.
- VIN classique liée à HPV HR ds 75 % des cas (16+++), femme plus jeune, lésions mono ou multifocales, souvent associées à des atteintes ano-génitales

VIN1: aspect d un condylome plan en relief ou verruqueux

VIN2/VIN3 : aspect leucoplasique érythrosique uni ou multifocal cutané ou muqueux ,érosif +++

Mais la classification en grade n 'est pas transférable du col à la vulve où il ne semble pas exister de continuum évolutif pathologique .

VIN classique et TRT

La VIN1 n'est pas considérée comme une lésion pré-cancéreuse et régresse très majoritairement.

Dans certaines situations on peut proposer une vaporisation Laser sous anesthésie locale.

Le faible potentiel évolutif implique un traitement aussi conservateur que possible et dans le cas d'une VIN1 classique il faudra surtout surveiller l'absence d'apparition de signes de gravité (induration, ulcération, leucoplasie, zone infiltrée ou bourgeonnante) -> **BIOPSIE** et prise en charge adaptée

Lésions anales : AIN

- On parle d'infection génito anale à HPV : HPV présent >90% des cas de K épidermoïde de l'anus.
- Les lésions externes (condylomes acuminés CA) sont le plus souvent bénignes, dues au type 6 et 11 dans 90 % des cas et près de la moitié vont disparaître.
- Dans 20 à 50% des condylomes acuminés(CA) marginaux il existe des lésions intracanalaires plus agressives : donc proposer un frottis anal et/ou une anoscopie en présence de CA de la marge anale.

AIN

Facteurs de risques :

- rapports ano-génitaux, les lésions AIN sont trop souvent mal dépistées car à tort attribuées aux homosexuels masculins. « Estimation » de 9% à 29% des femmes en France ont eu 1 ou plusieurs rapports anaux dans leur vie) ou rapports digito-anaux (le sex ratio du carcinome épidermoïde de l'an us est de 5 femmes /1 homme).
- POM
- Immunodépression

AIN et TRT

- Une surveillance simple peut être proposée avec un examen (+/- biopsie) tous les 6 mois pdt 24 mois . Si les lésions sont stables la patiente n'est contrôlée qu'en cas de modification locale ou de saignement.
- S'il y a trt : IMIQUIMOD ,AZOTE ,LASER (AL)

Lésion des VADS

- Très rare mais mal estimée et en augmentation
- HPV est retrouvé ds 25% des k de l'oropharynx et ds 50% des K de l'amygdale non OH et non tabac
- Le type 16 est le plus fréquent
- FdR : immunodépression sévère, population à très haut risque (travailleurs et travailleuses du sexe, etc) -> CS ORL

Conclusion

- Toutes les lésions de bas grade sont des lésions bénignes qu'il ne faut pas méconnaître et qu'il faut surtout savoir dépister, surveiller et rassurer .
- Le devoir du colposcopiste (...) est d'examiner
..... Le col
Mais aussi le vagin
Mais encore la vulve
Mais toujours la marge anale

Merci pour votre attention

