



LIGNES DIRECTRICES POUR LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN AU CANADA



Society of Canadian Colposcopists
Société Canadienne des Colposcopistes



Le Collège des
médecins de famille
du Canada

The College of
Family Physicians
of Canada



SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CYTOLOGIE
CANADIAN SOCIETY OF CYTOLOGY



La société des gynécologues oncologues du Canada / The Society of Gynecologic Oncologists of Canada



La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada/
The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

© Société des gynécologues oncologues du Canada

ISBN: 0-662-26770-2
Cat. No: H39-436/1998F

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA GESTION DE LA QUALITÉ RÉSEAU DE PRÉVENTION DU CANCER DU COL UTÉRIN

D^r Pierre Drouin
Société des gynécologues oncologues du
Canada
Professeur, Obstétrique et gynécologie
Université de Montréal
Montréal (Québec)

D^r Michel Fortier
Société canadienne des colposcopistes
Professeur de clinique agrégé
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université Laval
Ste-Foy (Québec)

D^r Garry Krepart
Société des obstétriciens et gynécologues du
Canada
Professeur et directeur du département
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M^{me} Suzanne Inhaber
Gestionnaire de projet
Section de la prévention des maladies, Division
de la santé des adultes
Santé Canada

D^{re} Maria Paraskevas
Société canadienne de cytologie
Professeure de pathologie
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

D^{re} Jean Parboosingh
Conseillère médicale principale
Section de la prévention des maladies, Division
de la santé des adultes
Santé Canada

D^r Terry Riley
Société des obstétriciens et gynécologues du
Canada
Président, Groupe d'obstétrique et de médecine
familiale
Oakville (Ontario)

D^r Michel Roy
Société des obstétriciens et gynécologues du
Canada
Professeur de gynécologie
Université Laval
Ste-Foy (Québec)

D^r John Sellors
Collège des médecins de famille du Canada
Professeur
Médecine familiale, épidémiologie clinique et
biostatistique
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

D^{re} Patricia Shaw
Association canadienne des pathologistes
Professeure adjointe
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

D^r Gavin Stuart
Société des gynécologues oncologues du
Canada
Professeur
Département d'oncologie
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

D^r V. Cecil Wright
Professeur
Département d'obstétrique et de gynécologie
Université Western Ontario
London (Ontario)

PRÉAMBULE

En 1976, un rapport du Groupe de travail sur le dépistage du cancer du col utérin a été publié sous la direction du Dr Walton. Le « Rapport Walton », comme il en est venu à être appelé, s'est valu des éloges à l'échelle internationale de même qu'au Canada. On y reconnaissait que le cancer du col utérin pouvait être prévenu par le dépistage et une détection précoce. Essentiellement, le rapport concluait que toutes les femmes qui ont déjà eu des relations sexuelles risquaient de développer un cancer du col et que ce n'est qu'en mettant sur pied des programmes organisés de dépistage appuyés par des systèmes d'information adéquats et des programmes d'assurance de la qualité qu'on réduirait le fardeau que représente cette maladie au Canada. Comme l'a si bien dit le D^e Marsha Cohen dans un numéro récent du Journal de l'Association médicale canadienne (1997), il n'existe pas malheureusement de méthode simple de prévention du cancer du col utérin.

Depuis la publication du rapport Walton, un autre rapport du Groupe de travail est paru en 1982 et un autre atelier a été organisé en 1989 pour recenser les progrès accomplis et favoriser l'élaboration de nouvelles stratégies de mise en oeuvre. *Interchange 95* visait aussi à faciliter l'application de plans de mise en oeuvre à l'échelle provinciale et territoriale. C'est lors de cet atelier tenu en 1995 qu'est née l'idée d'un Réseau de prévention du cancer du col utérin qui devait servir à catalyser les efforts dans chacune des provinces et chacun des territoires. Le réseau avait pour objectif de favoriser l'élaboration de programmes de dépistage organisés et de qualité dans les provinces et de réduire ainsi l'incidence du cancer du col utérin et la mortalité qui y est associée. Trois questions importantes non encore résolues ont été cernées par les participants à l'atelier et devaient retenir prioritairement l'attention si l'on voulait que cet objectif soit atteint : la gestion de la qualité, les systèmes d'information et la sensibilisation du public, et les stratégies de recrutement. Un groupe de travail a été créé pour s'attaquer à chacune de ces questions; son mandat était d'élaborer une stratégie à l'intention de toutes les provinces et des territoires en vue de permettre l'application de programmes pertinents. Le présent document a été produit par le Groupe de travail sur la gestion de la qualité.

Ce Groupe de travail est formé de représentants de chacune des associations professionnelles qui ont le plus à coeur d'établir des lignes directrices pour la gestion de la qualité avant que des programmes organisés de dépistage ne soient mis en oeuvre. Les lignes directrices présentées reflètent l'opinion et l'expertise des associations qui y ont contribué et ont été approuvées par ces dernières. Elles s'adressent aux travailleurs de la santé responsables de programmes de promotion de la santé de la population. Elles se distinguent des guides de pratique clinique élaborés par l'Association médicale canadienne pour aider les praticiens qui dispensent des soins aux patients.

Précisons qu'il ne s'agit pas d'un document qui doit être pris isolément, c'est-à-dire indépendamment des programmes organisés de dépistage; il ne vise pas non plus à remplacer le jugement du praticien. Il devrait servir d'outil, fournir une orientation concernant le processus et les méthodes de prévention du cancer du col utérin axée sur la détection précoce.

Depuis la rédaction de ce document, il est apparu que le processus n'était pas le seul enjeu. Il est essentiel qu'à toutes les étapes, on communique constamment et adéquatement avec la patiente au sujet des tests et des méthodes envisagés et appliqués. En outre, surgiront de nouveaux éléments d'information qui remettront en cause les recommandations formulées dans le document, p. ex. concernant le recrutement de femmes « difficiles à atteindre » et le virus du papillome humain. Nous espérons que cette publication sera mise à jour régulièrement et sera accompagnée d'autres documents pertinents portant sur la réduction de l'incidence du cancer du col utérin et de la mortalité attribuable à cette maladie.

REMERCIEMENTS

Nous voudrions remercier un grand nombre de personnes qui ont collaboré à ce projet. Nous sommes surtout redevables aux membres du Groupe de travail sur la gestion de la qualité qui ont, malgré leur horaire chargé, pris le temps de mettre en commun leur expertise et sans lesquels les lignes directrices n'auraient jamais vu le jour.

Nous aimerions aussi remercier le D^{re} Jean Parboosingh pour son travail héroïque de rédaction et de révision du document ainsi que le D^r Gavin Stuart pour son leadership éclairé du Groupe de travail. Enfin, tous nos remerciements vont à M^{me} Suzanne Inhaber, qui a facilité et coordonné l'élaboration des présentes lignes directrices, et au D^r Michel Fortier, pour avoir relu et corrigé la version française.

Tables des matières

1.0	INTRODUCTION	1
1.1	Contexte et historique du dépistage du cancer du col au Canada	1
1.2	Statistiques sur la morbidité et la mortalité attribuables au cancer du col utérin	3
1.3	Participation au dépistage du cancer du col utérin	4
1.4	L'efficacité des programmes organisés de dépistage	5
1.5	Fréquence du dépistage	6
1.6	La nécessité d'implanter des programmes organisés au Canada	7
2.0	LA PRESTATION DES SOINS PRIMAIRES	8
2.1	Information des patientes avant la réalisation d'un frottis	8
2.2	Le dispensateur de soins de première ligne	8
2.2.1	Formation et maintien de la compétence quant à la réalisation d'un frottis, à l'interprétation des résultats et aux mesures appropriées de suivi ou d'orientation de la patiente	8
2.2.2	Comment réaliser un frottis	9
2.2.3	Recommandations sur la conduite à tenir	11
2.2.4	Aspects administratifs	11
3.0	LES CYTOTECHNOLOGISTES, LES CYTOPATHOLOGISTES ET LES PRATIQUES DE LABORATOIRE	13
3.1	Formation et maintien à niveau des compétences des cytotechnologistes, des cytopathologistes et des pratiques de laboratoire	13
3.2	Indicateurs de rendement	13
3.3	Pratiques en matière de dépistage	14
3.4	Terminologie utilisée dans les rapports	14
3.5	Caractère inadéquat des échantillons	14
3.6	Histologie	14
4.0	COLPOSCOPIE	16
4.1	Formation et maintien de la compétence des colposcopistes	16
4.2	Marche à suivre	17
4.2.1	Interprétation de la demande de consultation et du rapport de cytologie cervicale	17
4.2.2	Indications de la colposcopie	17
4.2.3	Terminologie de la colposcopie	17
4.2.4	Biopsie et résultats de la biopsie	18
4.3	Méthodes de traitement des néoplasies intra-épithéliales cervicales	19
4.3.1	Vue d'ensemble	19
4.3.2	Rôle du typage viral	19
4.3.3	Indications du traitement	19
4.3.4	Options thérapeutiques	20

4.3.5	Suivi après le traitement	21
4.3.6	Indicateurs de l'issue du traitement	21
5.0	LES GYNÉCOLOGUE ET GYNÉCOLOGUES-ONCOLOGUES	22
5.1	Formation et maintien de la compétence	22
5.1.1	Formation	22
5.1.2	Maintien de la compétence	22
5.2	Diagnostic et investigation	23
5.2.1	Diagnostic	23
5.2.2	Investigation	23
5.2.3	Détermination du stade clinique	23
5.2.4	Système de détermination du stade chirurgical	23
5.3	Traitement	25
5.3.1	Vue d'ensemble du traitement	25
5.3.2	Traitement selon le stade	26
5.4	Cancer du col récidivant.....	28
5.5	Suivi	28
5.5.1	Fréquence du suivi	28
5.6	Hormonothérapie substitutive	28
6.0	BIBLIOGRAPHIE	29

Tableau 1 : Terminologie utilisée dans les rapports d'examen cytologique cervico-vaginal	15
Tableau 2 : Terminologie internationale de la coloscopie	18
Tableau 3 : Type viral par risque	19
Tableau 4 : Système de la figo pour déterminer le stade du carcinome du col utérin (Montréal, 1995)	24
Figure 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge, Canada 1969 - 1997	4
Figure 2 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge, Canada 1969 - 1997	4
Figure 3 : Les trois types d'épithélium du col utérin	9

1.0 INTRODUCTION

L'objet du présent document est de proposer des énoncés normalisés visant à aider les médecins et les patientes à choisir les soins médicaux appropriés dans certaines circonstances cliniques.

La vision philosophique et éthique exprimée dans les *Principes directeurs concernant les guides de pratique clinique au Canada* (Association médicale canadienne, 1994) de l'Association médicale canadienne repose sur les principes suivants :

- L'objectif des guides de pratique clinique est d'améliorer la qualité des soins de santé.
- Les guides de pratique clinique devraient être suffisamment souples pour permettre aux patients et aux médecins de faire preuve de discernement lorsqu'ils exercent un choix parmi les options possibles.
- Les guides de pratique clinique devraient permettre aux patients et aux médecins de prendre une décision éclairée en améliorant la formation professionnelle, les connaissances du patient et la communication entre patient et médecin.

Ces objectifs trouvent écho dans le présent document, lequel fournit également des renseignements de base sur les raisons pour lesquelles de telles lignes directrices s'imposent aujourd'hui, au Canada, dans le domaine du dépistage du cancer du col utérin. Les présentes lignes directrices intéresseront tous les professionnels de la santé à tous les stades du processus de dépistage, à partir du recrutement jus qu'au suivi à des fins thérapeutiques. Une fois adoptées par les médecins en exercice, elles pourront être utilisées pour évaluer et gérer la qualité des soins dispensés au sein d'un programme organisé de dépistage.

De toute évidence, ce guide de pratique clinique ne constitue qu'un volet du programme de gestion de la qualité des programmes organisés de dépistage. Les autres volets, tels que les stratégies de recrutement et les registre informatisé, requerront leur propre programme de gestion de la qualité.

Dans l'élaboration des lignes directrices qui suivent, les approches et les publications existantes en ce qui concerne la pratique et la formation dans les spécialités médicales pertinentes ont été prises en considération et sont citées en référence, le cas échéant.

1.1 Contexte et historique du dépistage du cancer du col au Canada

Le cancer du col utérin est l'un des cancers les plus faciles à prévenir; le test de Papanicolaou par frottis cervical est utilisé depuis 50 ans pour dépister les lésions précancéreuses chez les femmes asymptomatiques. Au Canada, dès 1973, la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada se penchait sur la nécessité d'élaborer des programmes complets de dépistage du cancer du col utérin. En 1976, le groupe de travail Walton recommandait que les autorités sanitaires soutiennent l'élaboration de programmes de dépistage du cancer du col utérin et que toutes les femmes soient encouragées à y participer (Walton, 1976). En 1980, une enquête visant à évaluer l'impact des recommandations du groupe de travail concluait que celles-ci n'avaient en général pas été mises en oeuvre au niveau provincial (Kassirer, 1980). À la lumière de ce constat, des préoccupations suscitées par la publication de

nouvelles données, l'évolution des schémas socio-sexuels et les variations considérables observées dans la mise en oeuvre des recommandations de 1976, le groupe de travail a été reconstitué en 1980 (Walton, 1982). Les recommandations formulées en 1982 avaient trait à la fréquence du dépistage, au contrôle de la qualité en laboratoire et aux mécanismes de suivi. Les mesures visant à améliorer la qualité et la sensibilité des programmes de dépistage, le recrutement des femmes n'ayant jamais subi de dépistage et l'élaboration de registres sous l'égide du gouvernement étaient considérés comme les rouages essentiels d'un système efficace, susceptibles d'avoir des effets plus probants que les tentatives visant à accroître la fréquence du dépistage.

En 1989, les participants à un atelier national sur le dépistage du cancer du col utérin se sont penchés sur les recommandations formulées en 1982 au chapitre du dépistage, et ont conclu que les programmes canadiens n'étaient toujours pas pleinement efficaces : les femmes à risque ne subissaient pas toutes un dépistage; certains médecins n'avaient pas acquis les compétences nécessaires pour faire des frottis satisfaisants; certains laboratoires n'avaient pas une taille suffisante pour que le contrôle de la qualité et l'expérience acquise par le personnel y soient adéquats; enfin, le suivi et la prise en charge de certaines femmes chez qui on avait décelé des anomalies cytologiques étaient insuffisants (Miller, 1991). À l'inverse, certaines femmes subissaient un dépistage trop fréquent, ce qui se traduisait par une utilisation inappropriée des ressources. Les participants ont réitéré la nécessité d'adopter une approche organisée et ont formulé des recommandations portant sur les aspects suivants : la fréquence du dépistage; la prise en charge des anomalies; les registres informatisés; les exigences en matière de formation et de contrôle de la qualité pour les laboratoires et les programmes. En novembre 1990, ces recommandations ont été entérinées par la Conférence des sous-ministres de la Santé, qui a demandé qu'un rapport périodique sur l'évolution de la situation lui soit transmis.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la Société des gynécologues oncologues du Canada et la Société canadienne des colposcopistes se sont prononcées en faveur de l'élaboration de programmes de dépistage officiels. Ces groupes jugeaient cependant préoccupant que l'on préconise une fréquence de dépistage triennale, en l'absence de registre informatisé adéquat et de services de laboratoire de haute qualité; ils se disaient également inquiets que l'on recommande la répétition d'un frottis sans colposcopie dans les cas de néoplasie intra-épithéliale malpighienne de bas grade histologique. De l'avis de ces organismes, le dépistage annuel des femmes sexuellement actives devrait demeurer la norme de pratique, en attendant la mise en place de registre informatisé sur les coordonner des patientes et de services de laboratoire de haute qualité (Stuart, 1991).

Afin de donner suite à ces activités financées par Santé Canada et d'examiner la situation à l'intérieur de chaque province en ce qui concerne l'élaboration de programmes organisés de dépistage, un autre atelier, Interchange 95, a été organisé en 1995 (Interchange 95, 1995). L'objet de cet atelier n'était pas de formuler des recommandations, mais d'évaluer si les recommandations formulées précédemment restaient pertinentes et, le cas échéant, de déterminer quels étaient les obstacles à la mise en oeuvre de ces recommandations et quelles étaient les meilleures approches pour permettre de les surmonter. L'atelier était axé sur trois volets distincts, mais interreliés, de tout programme complet de dépistage du cancer du col utérin, à savoir les registres informatisés, l'amélioration de la qualité et le recrutement. Participaient à cet atelier des représentants provinciaux et territoriaux s'occupant de dépistage de cancer du col utérin sur le plan clinique ou sur celui des programmes, ainsi que des décideurs des gouvernements fédéral et provinciaux et d'autres organisations nationales.

La majorité des recommandations de l'atelier de 1989 ont été jugées encore pertinentes; toutefois, les participants avaient des réserves sur le fait que les recommandations relatives au programme d'assurance de la qualité ne touchent que la cytologie. À leur sens, il y avait lieu de mettre à jour ces recommandations, en particulier au chapitre de la mise à contribution accrue des collectivités dans l'élaboration des politiques et des programmes et de l'élargissement des processus d'amélioration de la qualité pour y intégrer des lignes directrices sur la réalisation des frottis et les soins cliniques, ainsi que pour la cytologie. Plus précisément, il a été proposé de mettre en place un mécanisme permettant d'assurer la qualité de la réalisation des frottis, de leur préparation, de leur interprétation et du suivi en cas de frottis tant normal qu'anormal, et de définir des indicateurs de fonctionnement du programme

dans son ensemble, afin de s'assurer que toutes les femmes à risque ont été recrutées et sont demeurées dans le système. On a fait remarquer que, par le passé, peu d'attention avait été accordée à l'intégration des activités de contrôle ou d'amélioration de la qualité au sein de chacune des disciplines pertinentes; dans les cas où des guides de pratique ou des processus de contrôle de la qualité avaient été élaborés, il s'agissait d'initiatives isolées.

De l'avis des participants à Interchange 95, le gouvernement fédéral devait faire acte de présence à toutes les étapes en encourageant et en facilitant l'échange d'informations entre les provinces et en montrant la voie dans une certaine mesure en matière de normes et de qualité des soins. À cette fin, toutes les provinces et tous les territoires ont été invités à se joindre au réseau de prévention du cancer du col utérin (RPCCU), une association informelle de représentants fédéraux et provinciaux des organismes professionnels de cliniciens intéressés, à savoir la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société canadienne de cytologie, la Société des gynécologues oncologues du Canada, la Société canadienne des colposcopistes et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

L'objectif du RPCCU est de continuer de réduire la morbidité et la mortalité attribuables au cancer du col utérin et à ses précurseurs au Canada en favorisant la mise en oeuvre ou l'amélioration des programmes organisés de dépistage. Trois groupes de travail du RPCCU ont concentré leurs efforts sur l'élaboration des trois volets suivants de tout programme organisé de dépistage : stratégies efficaces de recrutement, registre informatisé, et élaboration d'un ensemble intégré de guides de pratique constituant la base d'un programme de gestion de la qualité au sein des programmes de dépistage provinciaux. C'est ce dernier volet qui est l'objet du présent document, lequel s'appuie sur les recommandations canadiennes et sur les publications existantes en matière de contrôle de la qualité.

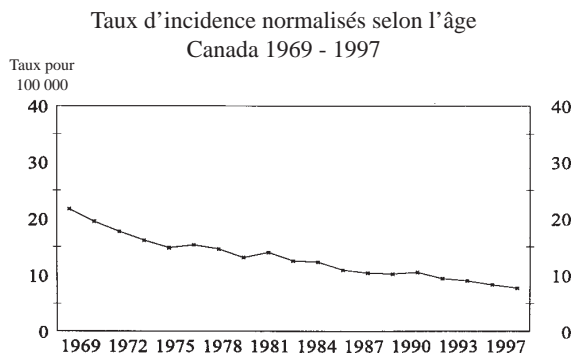
1.2 Statistiques sur la morbidité et la mortalité attribuables au cancer du col utérin

Depuis que le dépistage a commencé au Canada, les taux de mortalité et de morbidité ont connu une baisse significative (figures 1 et 2). Plus précisément, au cours des trois dernières décennies, on a observé au Canada une réduction globale du taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable au cancer du col utérin envahissant. Ce taux est passé de 7,4 pour 100 000 femmes en 1969 à 2,4 pour 100 000 femmes en 1992, tandis que l'incidence baissait de 21,6 pour 100 000 en 1969 à 10,4 pour 100 000 en 1990; toutefois, depuis le milieu des années 70, on enregistre un ralentissement de la baisse de l'incidence, en particulier chez les femmes âgées de moins de 50 ans (Laboratoire de lutte contre la maladie, données non publiées).

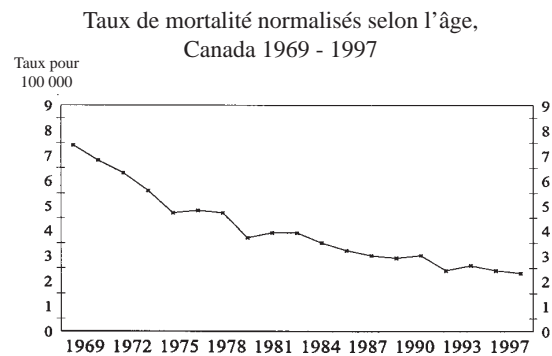
D'après des données obtenues en Colombie-Britannique, si les taux de mortalité et l'incidence du cancer envahissant ont diminué depuis l'introduction d'un programme organisé en 1949, on a observé parallèlement une augmentation du nombre de cas de carcinomes in situ. Ce taux est passé de 12,3 pour 100 000 en 1955 à 133,6 pour 100 000 en 1985 (Anderson, 1988). Cette augmentation est probablement le fait de changements dans le mode de vie (par ex. précocité de l'activité sexuelle, multiplicité des partenaires, etc.) qui ne sont que mis en évidence par le dépistage.

1.3 Participation au dépistage du cancer du col utérin

À l'heure actuelle, dans la plupart des provinces, il est difficile d'obtenir de façon systématique des données objectives sur les taux de dépistage. La Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve et, plus récemment,

Figure 1

Taux estimés - 1993 à 1997
Source : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

Figure 2

Taux estimés - 1995 à 1997
Source : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

l'Île-du-Prince-Édouard, sont les seules provinces qui disposent actuellement de registres sur le dépistage du cancer du col utérin. Pour l'instant, aucune n'est en mesure de générer des taux de dépistage globaux, et ce pour les raisons suivantes : la difficulté d'obtenir des données de référence par des liaisons avec les bases de données démographiques qui ne sont elles-mêmes pas nécessairement exactes; la difficulté d'exclure des données de référence les femmes qui ont subi une hystérectomie; les problèmes posés par la qualité des données et leur caractère exhaustif, incluant l'absence d'un identificateur unique; enfin, les changements de terminologie d'une année à l'autre. De surcroît, les bases de données administratives au niveau provincial, par exemple celles utilisées pour la facturation des médecins, sont pour l'essentiel inutilisables, car elles ne comprennent pas nécessairement des codes de facturation distincts pour les tests de Pap et, même si ce code est présent, elles ne permettent pas de faire une distinction entre les frottis effectués chez les femmes asymptomatiques et ceux qui sont réalisés pour des raisons autres que le dépistage, p. ex. le suivi.

Ainsi, les déclarations faites par les femmes participant aux enquêtes nationales et provinciales sur la santé et aux études à l'échelle régionale sont les seules sources d'information sur la situation actuelle du dépistage du cancer du col utérin au Canada. Les enquêtes Promotion santé Canada de 1985 et 1990 ont révélé qu'en 1990, deux fois plus de femmes âgées de 25 à 44 ans déclaraient ne jamais avoir subi de frottis qu'en 1985; de plus, en 1990, 27 % des femmes âgées de plus de 65 ans n'avaient jamais fait l'objet d'un dépistage (Stephens, 1993). L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 a révélé que 16 % des femmes âgées de plus de 18 ans n'avaient jamais subi de frottis, de même que 35 % des femmes âgées de 18 à 24 ans, 11 % des femmes âgées de 25 à 34 ans, 9 % des femmes âgées de 35 à 64 ans et 29 % des femmes de plus de 65 ans. Parmi celles qui avaient déjà subi un frottis, 99 % des femmes de 18 à 24 ans en avaient eu un au cours des trois dernières années, comparativement à 94 % des femmes âgées de 25 à 34 ans, à 81 % des femmes âgées de 35 à 64 ans et à 55 % des femmes de plus de 65 ans (Maxwell, 1996).

Dans une étude sur le cancer envahissant du col utérin effectuée en Colombie-Britannique (Anderson, 1992), près de la moitié des cas récemment diagnostiqués se retrouvaient dans la catégorie « aucun examen cytologique, ou examen effectué il y a plus de cinq ans ». Les femmes autochtones, les nouvelles immigrées et les femmes âgées de plus de 60 ans étaient surreprésentées dans cette catégorie et, de l'avis des auteurs, il importait de déployer des efforts particuliers pour attirer ces groupes. D'après les données de l'Enquête sur la santé en Ontario, les facteurs liés à un faible taux d'utilisation du dépistage du cancer du col utérin étaient l'âge plus avancé, l'immigration récente, le faible niveau de scolarité et le fait d'avoir une langue première qui ne soit ni l'anglais ni le français

(Goel, 1994). Des études effectuées à l'Île-du-Prince-Édouard et au Manitoba ont également décrit les caractéristiques des femmes susceptibles de ne pas subir de dépistage (Sweet, 1991; Cohen, 1989).

Toutefois, d'après les publications sur les taux de dépistage du cancer du col utérin basés sur les déclarations spontanées, il pourrait y avoir une sous-déclaration par les femmes des tests qu'elles ont subis. En effet, elles ignorent parfois qu'un frottis a été effectué et elles tendent également à sous-estimer l'intervalle entre les tests.

Le manque de données de qualité sur les pratiques en matière de dépistage au Canada rend plus pressante la nécessité d'implanter des registres informatisés provinciaux permettant la surveillance et le contrôle du dépistage du cancer du col utérin.

1.4 L'efficacité des programmes organisés de dépistage

Le dépistage du cancer du col utérin par frottis cervical a été accepté et adopté par les praticiens sans que l'efficacité de ce test ne subisse aucune évaluation formelle au moyen d'une étude randomisée. En conséquence, son évaluation s'est appuyée sur des études historiques, sur des études cas-témoins, sur des études d'observation des programmes établis et ainsi que sur des modèles mathématiques de l'évolution naturelle de la maladie. Ces études attestent l'efficacité des nombreuses étapes combinées du processus de dépistage, sans permettre toutefois de déterminer la contribution relative de chacune d'elles.

Les études les plus connues sont celles qui comparent les tendances de l'incidence et de la mortalité en Islande (Johannesson, 1978) et dans les cinq pays nordiques (Hakama, 1982; Laara, 1987). Avant l'introduction du dépistage en Islande, la mortalité était en hausse, mais elle a connu une diminution de 50 % au cours des 10 ans ayant suivi l'introduction du dépistage. Dans les pays nordiques, on a établi une relation entre le déclin des taux d'incidence cumulatifs sur une période de 15 ans, entre 1966-1970 et 1981-1985, et la couverture et l'étendue des programmes organisés. En Norvège, où seulement 5 % de la population avait subi un dépistage opportuniste, les taux d'incidence ont chuté de 20 %; par comparaison, en Finlande, où existait un programme national pour l'ensemble de la population, l'incidence a chuté de 65 %.

Faute de groupe témoin dans ces séries temporelles, il est possible d'interpréter cette réduction des taux comme la continuité d'une réduction déjà en marche; à l'inverse, une absence de changement des taux pourrait être le résultat d'un échec du dépistage. L'échec du dépistage opportuniste a été avancé comme cause pour expliquer l'absence de réduction de l'incidence au Royaume-Uni en dépit de la disponibilité du dépistage dès le milieu des années 60; le *NHS Cervical Screening Programme* a mis l'accent sur le traitement et le contrôle de la qualité et les résultats montrent aujourd'hui une réduction de la mortalité, particulièrement chez les femmes plus âgées (Sasieni, 1995).

Les études effectuées au Canada (Miller et coll., 1976), aux États-Unis (Cramer, 1974) et au Danemark (Lyng, 1983) ont établi une relation entre la variation de l'incidence et de la mortalité par cancer du col utérin et l'intensité du dépistage. Selon les estimations de Parkin et coll. (1985), l'augmentation de l'incidence chez les femmes plus jeunes au Royaume-Uni entre 1963 et 1978 aurait été de 50 % plus élevée en l'absence de programmes de dépistage, lesquels ont permis de prévenir pour l'essentiel une augmentation de l'incidence chez les femmes plus âgées.

Clarke et Anderson ont été les premiers au Canada à effectuer, en 1979, des études cas-témoins sur l'efficacité du dépistage; ces études mettent toutes en évidence une réduction du risque de cancer du col utérin chez les femmes ayant subi un dépistage. Une analyse de 15 études de ce type (malgré des différences quant à la définition de l'exposition étudiée, entre les femmes qui n'ont jamais subi de dépistage et différentes fréquences de dépistage) révèle que les risques relatifs estimés varient entre 0,1 et 0,51 (Parkin, 1997).

1.5 Fréquence du dépistage

Les recommandations quant à l'âge de début et de fin du dépistage et quant au rythme auquel il doit être effectué varient selon le pays et l'organisation professionnelle; elles varient également avec le temps. D'après les recommandations formulées lors de l'atelier national sur le dépistage du cancer du col utérin de 1989 (Miller, 1991), toutes les femmes de 18 ans et plus qui ont eu des rapports sexuels doivent subir un dépistage, en commençant par deux frottis à un an d'intervalle; si les résultats de ces frottis sont satisfaisants, un nouveau dépistage tous les trois ans est conseillé jusqu'à l'âge de 69 ans, si la femme n'a jamais présenté auparavant d'anomalie significative. Pour les femmes de 67 ans ou plus qui n'ont jamais subi de dépistage, on préconise deux frottis séparés par un intervalle de six mois; après cela, si les résultats sont normaux, les frottis ne sont plus nécessaires. Ces recommandations sont corroborées par l'étude du CIRC (Day, 1986), qui a montré qu'un dépistage annuel entre 20 et 64 ans, nécessitant 35 frottis, avait pour effet de réduire l'incidence cumulative du cancer invasif du col utérin de 93,3 %, alors qu'après trois frottis initiaux, pour un total de 14 frottis, on réduisait ce taux de 90,1 %. Eddy (1990) a évalué les conséquences des différentes options en matière d'intervalles de dépistage d'après différents scénarios; en général, plus le dépistage devient intensif, plus les gains s'amenuisent, tandis que les coûts et les inconvénients augmentent. En règle générale, préconise l'auteur, les femmes devraient subir un dépistage au moins tous les trois ans, à partir du début de la vingtaine jusque dans la soixantaine.

La recommandation d'une fréquence triennale repose sur l'existence d'un système de rappel et de contrôle de la qualité au sein d'un programme organisé de dépistage. À l'heure actuelle, le dépistage opportuniste, basé sur une fréquence annuelle, dépend entièrement de l'initiative de la femme ou de son médecin.

Si son premier frottis donne un résultat à l'intérieur des limites normales, une femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine doit subir au moins un frottis additionnel dans les six mois qui suivent, afin que l'on puisse exclure toute possibilité de résultat faux négatif dans le frottis initial. Si le deuxième frottis est normal, on conseille des tests annuels (Hankins, 1994; Wright, 1996; Maiman, 1997). Pour les autres femmes immunodéprimées, un test annuel est également recommandé.

Si une femme n'a pas subi de frottis depuis au moins cinq ans, on conseille d'attendre qu'elle ait deux résultats normaux séparés par un intervalle d'un an avant de passer à la fréquence triennale normale.

1.6 La nécessité d'implanter des programmes organisés au Canada

Le dépistage opportuniste a cours au Canada depuis les années 70; depuis lors, l'incidence globale et la mortalité ont considérablement diminué. Toutefois, il est aujourd'hui nécessaire de rendre le dépistage du cancer du col utérin systématique, et ce pour les raisons suivantes :

- le cancer du col utérin est une maladie potentiellement évitable; pourtant, on enregistre chaque année au Canada un nombre significatif de nouveaux cas;
- la prévention de cette maladie se justifie sur le plan économique;
- depuis les années 70, on préconise l'implantation à l'échelle provinciale de programmes organisés;

- récemment, on a enregistré une réduction du taux de déclin du cancer envahissant du col utérin chez les femmes âgées de moins de 50 ans au Canada, par opposition à une augmentation de la maladie in situ, affection précancéreuse;
- le dépistage opportuniste ne permet pas d'assurer une couverture de dépistage optimale et semble avoir atteint les limites de son efficacité;
- les femmes chez qui on diagnostique la maladie sont celles qui n'ont pas subi de dépistage;
- les programmes organisés ont prouvé leur efficacité;
- les coûts des programmes organisés sont probablement inférieurs à ceux du dépistage opportuniste;
- les programmes organisés permettent d'évaluer et de surveiller les activités de dépistage et de suivi.

Les guides de pratique clinique ne sont qu'un volet de la qualité d'un programme organisé de dépistage. Au nombre des autres volets, mentionnons les suivants : stratégie de recrutement au niveau de la population, des patientes et des professionnels; registres informatisés; gestion continue de la qualité des soins dispensés; formation professionnelle. La capacité d'évaluer les résultats des recherches les plus récentes qui fournissent de nouveaux renseignements ou de nouvelles preuves incitant à modifier les pratiques en vigueur est un concept que l'on doit placer au coeur de chaque programme.

Par conséquent, les présentes lignes directrices ont été élaborées aujourd'hui pour les raisons suivantes :

- Un grand nombre de professionnels de la santé participent au processus de dépistage, et l'efficacité et l'efficience des programmes passent par la coopération et la collaboration.
- Ces dispensateurs de soins doivent utiliser une terminologie commune.
- Il est nécessaire d'adopter une approche normalisée vis-à-vis du dépistage, du suivi et du traitement, afin d'assurer l'équité en matière de soins dispensés aux femmes au Canada.
- L'évaluation des programmes et les comparaisons interprovinciales ne sont possibles que s'il existe une telle approche normalisée.

2.0 LA PRESTATION DES SOINS PRIMAIRES

2.1 Information des patientes avant la réalisation d'un frottis

Le dispensateur de soins primaires doit pouvoir offrir des documents d'information à sa patiente ou lui expliquer que le but du frottis est de dépister les lésions précancéreuses afin de prévenir le cancer du col utérin. Bon nombre de femmes trouvent l'intervention gênante et inconfortable. Pour encourager ses patientes à revenir, le praticien doit leur expliquer en quoi consiste l'intervention, répondre à leurs questions et communiquer avec elles tout au long de l'intervention; un cadre accueillant contribuera à soulager l'anxiété.

Lors de la prise du rendez-vous, il faut expliquer à la patiente que certaines conditions sont plus propices que d'autres au dépistage, et qu'elle doit éviter toute douche vaginale durant les 48 heures précédant l'examen.

Les frottis ne doivent pas être effectués durant les menstruations. Le moment optimal est le milieu du cycle ou immédiatement avant l'ovulation, et il faut prévenir la patiente qu'on lui demandera la date de ses dernières règles. Cependant, si ces conditions ne peuvent être remplies, et s'il est possible qu'elle ne revienne pas, il faut effectuer un frottis.

Le dispensateur de soins de première ligne et le personnel de son cabinet doivent avoir une politique relative à la communication des résultats à la patiente, et la patiente doit être avisée de la manière dont l'information lui sera transmise.

2.2 Le dispensateur de soins de première ligne

Dans la plupart des études sur des séries chronologiques, les problèmes de techniques de prélèvement sont la cause de plus de la moitié des frottis faux négatifs (Department of Health and Human Services, 1989; Gay, 1985). Les erreurs de prélèvement peuvent s'expliquer par l'emplacement de la lésion (p. ex. à l'intérieur de l'endocol), par certaines caractéristiques propres à la patiente (p. ex. présence de sang ou de matériel inflammatoire), ou par un prélèvement incomplet (c.-à-d. une technique déficiente).

2.2.1 Formation et maintien de la compétence quant à la réalisation d'un frottis, à l'interprétation des résultats et aux mesures appropriées de suivi ou d'orientation de la patiente

Durant les études à la faculté de médecine, on doit enseigner les points suivants :

- le cancer du col utérin est une maladie potentiellement évitable;
- le frottis cervical est un test de dépistage efficace;
- toutes les femmes qui ont déjà eu une activité sexuelle sont à risque;
- on recommande des frottis réguliers pour les femmes présentant des résultats normaux aux tests;

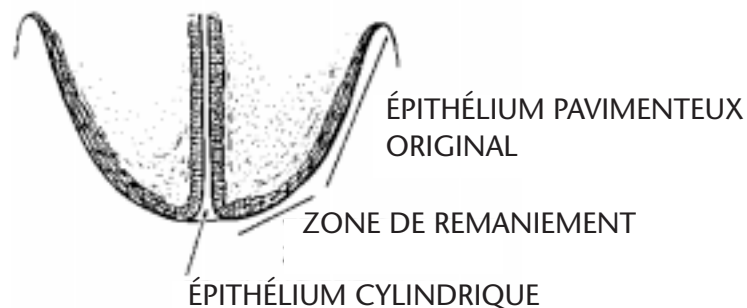
- il existe des recommandations adoptées à l'échelle nationale relativement au suivi et au traitement des femmes présentant des frottis anormaux.

Les médecins doivent tirer profit de toutes les occasions pour effectuer un dépistage ou pour rappeler à leurs patientes de subir des examens réguliers, notamment lors de leurs visites de routine pour recevoir des soins chroniques, ou encore lors du suivi de grossesse, de contraception ou d'hormonothérapie substitutive.

2.2.2 Comment réaliser un frottis

- L'étudiant en médecine, le résident ou tout autre médecin doit être en mesure :
 - d'exposer le col à l'aide d'un spéculum à deux valves de manière à ce qu'il soit visible,
 - de décrire la zone de remaniement,
 - de distinguer un col normal d'un col présentant des anomalies évidentes,
 - de connaître les outils appropriés pour réaliser un frottis,
 - de réaliser le frottis, le transférer sur la lame et le fixer,
 - de prendre en note les antécédents pertinents pour remplir le formulaire de demande d'examen cytologique.
- Le col utérin comporte trois zones de prélèvement (se référer au schéma) : l'exocol (recouvert par l'épithélium malpighien), la zone de remaniement (recouverte par l'épithélium métaplasique) et l'endocol (recouvert par l'épithélium cylindrique). Lorsque la sécrétion d'oestrogènes est importante, par exemple lors de la puberté et de la grossesse, la jonction pavimonto-cylindrique visible peut devenir encore plus exposée dans la partie extérieure du col et être visible à l'oeil nu. C'est dans la région de la jonction pavimonto-cylindrique visible qu'il faut prélever les échantillons cytologiques cervicaux.
- Après la ménopause, la jonction pavimonto-cylindrique tend à remonter dans le canal endocervical et devient moins facilement visible. Pour cette raison, il peut être nécessaire d'utiliser un outil de prélèvement endocervical en plus de la spatule pour obtenir un prélèvement adéquat chez les femmes plus âgées
- Le matériel requis est le suivant : une table d'examen, un bon éclairage, des spéculums à double valve de différentes tailles, une spatule en bois (le bois permet une bonne adhérence de l'échantillon avant son transfert sur la lame; par ex. spatule d'Ayre), un outil de prélèvement endocervical, une lame de microscope en verre à extrémité en verre dépoli, un crayon pour identifier la lame, un fixatif cytologique en vaporisateur

Figure 3



Les trois types d'épithélium du col utérin

(Réimprimé avec l'autorisation de Wright VC, Lickrish GM, Shier RM (ed.): Basic and Advanced Colposcopy Part Two: A Practical Handbook for Treatment; 1996, Biomedical Communications, Houston).

(sauf indication contraire du laboratoire auquel la lame sera envoyée), un contenant pour envoyer les lames au laboratoire, et des formulaires de demande d'analyse cytologique.

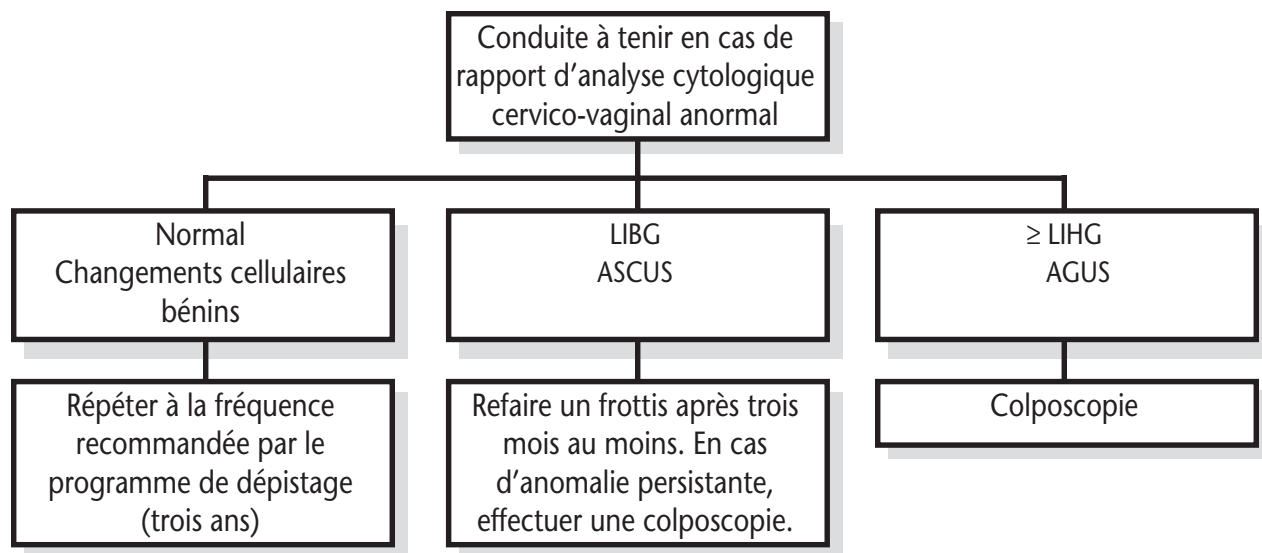
NOTA : Ne pas appliquer de gelée lubrifiante sur le spéculum.

- Plusieurs techniques de prélèvement sont acceptables. Si la zone de remaniement n'est pas visible et s'il est difficile d'y accéder, il faut utiliser l'outil de prélèvement endocervical en plus de la spatule. On ne doit pas utiliser seul un outil de prélèvement endocervical. Pour utiliser la spatule, l'appliquer sur l'exocol, incluant la jonction squamo-cylindrique, et gratter la surface en effectuant une rotation de 360° tout en maintenant un contact constant avec le col. Avec une brosse endocervicale, la rotation ne doit être que de 90°. Si l'on doit utiliser un outil de prélèvement endocervical, il faut avertir la patiente que l'intervention peut être désagréable et qu'elle comporte des risques de petites pertes sanguines.
- Le frottis doit être étalé sur une lame seulement et être fixé immédiatement, sauf si le laboratoire de destination préfère un séchage à l'air. On recommande de vaporiser uniformément un fixatif cytologique à une distance de 6 à 10 po de la lame. Les renseignements sur la patiente demandés par le laboratoire sont inscrits au crayon sur l'extrémité en verre givré de la lame
- La formule de demande d'examen cytologique est remplie par la personne qui a réalisé le frottis et doit inclure les renseignements cliniques pertinents suivants : âge; date des dernières règles; si la patiente est enceinte, si elle prend des contraceptifs oraux ou si elle suit une hormonothérapie substitutive; présence d'un stérilet; antécédents de frottis anormaux; antécédents d'hystérectomie totale ou partielle selon le cas; aspect suspect du col; antécédents de traitement d'une anomalie du col. Les renseignements d'ordre démographique comme le nom, le numéro d'assurance-maladie et le nom du médecin varient selon la législation provinciale en vigueur.
- L'étudiant en médecine, le résident et le médecin de première ligne doivent comprendre la terminologie utilisée dans les rapports d'examen cytologique ainsi que les motifs sous-jacents à la recommandation de suivi.
- Le médecin de première ligne doit se tenir au courant des derniers développements en ce qui concerne le dépistage du cancer du col utérin et les programmes de dépistage et doit maintenir ses compétences à niveau en ce qui concerne l'interprétation des rapports de cytologie et les recommandations de suivi.
- Le médecin de première ligne doit également savoir qu'une patiente présentant un col visiblement anormal ou des saignements vaginaux anormaux doit être soumise à d'autres analyses, notamment une biopsie, quels que soient les résultats de l'examen cytologique.

2.2.3 Recommandations sur la conduite à tenir

2.2.4 Aspects administratifs

- Une femme est à risque et, partant, doit subir un dépistage, si elle a déjà eu des rapports sexuels.
- Idéalement, dans le contexte d'un programme organisé de dépistage, chaque cabinet médical devrait avoir mis en place un mécanisme visant à assurer la transmission des résultats par le laboratoire dans les meilleurs délais. Si les résultats tardent à être transmis, le personnel de bureau doit communiquer avec le laboratoire afin de vérifier que le spécimen a bien été reçu et que le rapport sera transmis sous peu.



- * En l'absence d'anomalie clinique, un frottis insatisfaisant peut être répété après un délai minimum de deux mois.
- Les résultats doivent être communiqués à la patiente. Si le résultat est normal, et qu'aucun suivi immédiat n'est nécessaire, ou encore si le frottis doit être répété pour des raisons techniques, un membre du personnel administratif pourrait appeler la patiente pour lui donner cette information, lui rappeler de revenir au moment approprié si le résultat était normal, ou lui donner un rendez-vous pour un nouveau frottis lorsque cela est indiqué. Si les résultats sont anormaux et s'il faut suivre ou référer la patiente, le médecin devrait l'informer lui-même de cette situation en faisant preuve de sensibilité, et en lui donnant rendez-vous pour lui fournir des renseignements plus détaillés sur les procédures diagnostiques envisageables, le cas échéant.
- Il est impératif d'avoir mis en place un processus efficace pour le rappel des patientes dont le frottis est anormal afin d'effectuer un nouveau frottis ou de les aiguiller vers d'autres ressources, de manière à s'assurer qu'elles reçoivent les soins appropriés.
- Les politiques en matière de recrutement et de rappel diffèrent d'une province à l'autre; chaque médecin doit être au courant des politiques en vigueur dans la province où il exerce. Les variations concernent les points suivants : la capacité du programme de recruter les femmes par liaison avec un ensemble de données démographiques; l'envoi de lettres de recrutement ou de rappel par les laboratoires ou par un registre central; l'envoi de ces lettres au médecin ou directement aux patientes.
- Si les lettres de recrutement ou de rappel sont envoyées au médecin, un mécanisme doit être en place dans son cabinet pour s'assurer que la patiente soit bien jointe et qu'elle subisse un frottis.
- Les registres informatisés provinciaux rappelleront au médecin qu'il n'y a pas eu de suivi, mais la responsabilité de contacter les patientes ayant obtenu des résultats anormaux demeure celle du médecin qui a réalisé le frottis. Une fois que la patiente a été traitée pour une anomalie ou un cancer du col et que le spécialiste a renvoyé son dossier au médecin de première ligne, ce dernier doit assurer le suivi.

- Les médecins doivent se tenir au courant de la proportion de leurs patientes qui sont couvertes par le dépistage et de leurs taux de résultats positifs et négatifs, soit par des calculs effectués sur la base des renseignements fournis par le laboratoire ou par le programme de dépistage, soit par des vérifications de leurs propres dossiers.

3.0 LES CYTOTECHNOLOGISTES, LES CYTOPATHOLOGISTES ET LES PRATIQUES DE LABORATOIRE

3.1 Formation et maintien à niveau des compétences des cytotechnologistes, des cytopathologistes et des pratiques de laboratoire

Tous les laboratoires de cytopathologie doivent prendre en considération les *Directives concernant la pratique et l'assurance qualité en cytopathologie* publiées en 1996 par la Société canadienne de cytologie en ce qui concerne les aspects suivants :

- les titres, la formation, l'éducation continue et le maintien de la compétence des cytotechnologistes et des cytopathologistes;
- les installations et le matériel;
- le processus de réception, de préparation et de coloration des spécimens cytologiques;
- les pratiques internes et externes en matière de contrôle de la qualité;
- les pratiques en matière de dépistage et de diagnostic;
- les indicateurs de rendement.

3.2 Indicateurs de rendement

Les indicateurs de rendement d'un laboratoire doivent inclure les paramètres suivants :

- les taux de corrélation cyto-histologique pour chaque grade de lésion malpighienne intra-épithéliale et pour les carcinomes, mesurés par rapport aux pièces opératoires de contrôle ou aux résultats cliniques;
- la fraction de faux négatifs du laboratoire. Par fraction de faux négatifs, on entend la fraction des frottis réellement anormaux qui donnent un résultat normal (c.-à-d. 1 — sensibilité). La définition de la fraction des faux négatifs est complexe (Davey, 1997; Naryshkin, 1997); il serait souhaitable que chaque administration uniformise la définition de la fraction de faux négatifs (FFN) afin de permettre les comparaisons interlaboratoires, où un frottis faux négatif serait défini comme provenant d'une patiente dont le rapport indique « à l'intérieur des limites normales » et chez qui on découvre une lésion malpighienne intra-épithéliale ou des cellules de carcinome à l'examen. La FFN peut varier d'un laboratoire à l'autre, selon la population desservie.
- le taux de frottis satisfaisants, satisfaisants mais limités et insatisfaisants au laboratoire et le niveau des personnes responsables des frottis;

- le nombre total et le taux d'anomalies gynécologiques diagnostiquées et les différentes catégories diagnostiques du laboratoire;
- le délai d'exécution entre le jour de la réception du frottis au laboratoire et celui du rapport final ne doit pas être supérieur à un mois.

3.3 Pratiques en matière de dépistage

- La charge de travail totale des cytotechnologistes doit être fonction des proportions relatives des différents types de lames (nature, type de préparation, essai systématique, suivi d'une anomalie antérieure, échantillon non gynécologique), mais ne doit pas être supérieure à 60 à 80 frottis cervicaux ou vaginaux par journée de travail de six à huit heures, pour un technicien en cytologie préposé au dépistage à plein temps.
- Dans le cas des frottis gynécologiques normaux des patientes ayant des antécédents d'atypie, de même que dans celui des frottis dont l'anomalie est supérieure ou égale au stade ASCUS (atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée) ou AGUS (atypie des cellules glandulaires de signification indéterminée), il faut répéter le test et/ou le transmettre directement au pathologiste pour la rédaction du rapport. S'il est déterminé qu'un frottis est à un stade supérieur ou égal à CIN 1 (néoplasie intra-épithéliale cervicale)/effet VPH/LIBG (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade histologique), tous les frottis des cinq dernières années de la patiente en question doivent être réévalués par un technicien en cytologie et être transmis à un pathologiste.

3.4 Terminologie utilisée dans les rapports

- Selon les recommandations de la Société canadienne de cytologie (Société canadienne de cytologie, 1995-1996), il faut utiliser le système Bethesda (TBS) (National Cancer Institute Workshop, 1989), en association avec le système CIN, ou système des dysplasies (tableau 1). On ne doit pas utiliser le système de classification numérique de Papanicolaou dans les rapports, car il est désuet. Il est préférable d'uniformiser la terminologie au niveau de chaque province; toutefois, le choix de la terminologie utilisée doit être déterminé par chaque gouvernement

3.5 Caractère inadéquat des échantillons

- Si un échantillon est limité ou insatisfaisant, ou si l'on considère qu'il n'est pas représentatif de la région tissulaire indiquée et que cela exclut toute possibilité d'erreur d'interprétation, il convient de le mentionner et de formuler des recommandations pour la soumission d'un frottis adéquat.

3.6 Histologie

- La terminologie utilisée dans les rapports d'histologie des biopsies du col utérin devrait faciliter l'établissement de corrélations cytologiques. Idéalement, on devrait utiliser la même terminologie (c.-à-d. celle du système Bethesda) dans les rapports de cytologie et d'histopathologie.
- L'Association canadienne des pathologistes a chargé un sous-comité de formuler des lignes directrices sur l'assurance de la qualité en histopathologie. Le cas échéant, les principes énoncés dans ces lignes directrices devraient être appliqués à l'histopathologie du col utérin.
- Les lignes directrices particulières suivantes devraient être incluses :
 - Il devrait y avoir corrélation entre le diagnostic posé au moyen du test de Papanicolaou par frottis et la biopsie cervicale de suivi; lorsque le diagnostic par frottis est une anomalie au

stade ASCUS, il faut évoquer de préférence une lésion malpighienne intra-épithéliale ou un stade supérieur.

- Lorsque les sections histologiques initiales d'une biopsie du col faisant suite à un frottis Papanicolaou ayant signalé une LIHG ou un stade supérieur ne révèlent la présence d'aucune lésion pré-néoplasique ou néoplasique :
 - Il faudrait examiner au moins trois sections plus profondes.
 - Le frottis de Papanicolaou anormal devrait faire l'objet d'un nouveau dépistage et être revu par le même laboratoire chargé du rapport d'histologie, avant l'aiguillage vers une intervention d'excision.

Tableau 1 : Terminologie utilisée dans les rapports d'examen cytologique cervico-vaginal

Système Bethesda	Système Walton modifié/CIN
Insatisfaisant : indiquer les raisons	Insatisfaisant : indiquer les raisons
À l'intérieur des limites normales	Pas de cellules anormales; signes de métaplasie
<u>Changements cellulaires bénins</u> <i>Trichomonas vaginalis</i> Organismes fongiques morphologiquement évocateurs de <i>Candida</i> sp. Changements cellulaires associés au virus <i>Herpès simplex</i>	<u>Cellules anormales évocatrices d'une atypie réactive (non dysplasique)</u> Effet de <i>Trichomonas</i> Effet des levures Effet viral (type herpès)
<u>Changements cellulaires bénins</u> Changements cellulaires réactifs associés à : inflammation radiation autre	<u>Cellules anormales évocatrices d'une atypie réactive (non dysplasique)</u> Inflammation Irradiation Autre
ASCUS*	<u>Cellules anormales évocatrices d'une atypie (pouvant être dysplasique)</u> Métaplasie atypique Parakératose atypique Autre (ajouter commentaires)
LIBG**	Cellules anormales évocatrices d'un condylome (effet du VPH§)
LIBG LIHG*** LIHG	Dysplasie légère/CIN§§ I Dysplasie modérée/CIN II Dysplasie sévère/CIS/CIN III
<u>Carcinome</u> Carcinome épidermoïde Adénocarcinome Non spécifié	Cellules anormales évocatrices de malignité Évocatrices d'un carcinome épidermoïde envahissant Évocatrices d'un adénocarcinome Type non spécifié
AGUS****	
Autre	Cellules anormales sans classification spécifique (ajouter commentaires)

* ASCUS = atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée

** LIBG = lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade histologique

*** LIHG = lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade histologique

**** AGUS = atypie des cellules glandulaires de signification indéterminée

§ VPH = virus du papillome humain

§§ CIN = néoplasie intra-épithéliale cervicale

4.0 COLPOSCOPIE

4.1 Formation et maintien de la compétence des colposcopistes

Points à considérer :

- La colposcopie est une intervention qui fait appel à un éventail d'habiletés cliniques et mécaniques et qui vise à évaluer les patientes présentant des résultats cytologiques anormaux et des risques de néoplasie cervicale.
- La colposcopie est utilisée dans le cas des maladies vaginales, vulvaires et périanales, ainsi que des anomalies cervicales.
- Dans la mesure du possible, la colposcopie doit être pratiquée en milieu hospitalier ou dans une clinique autorisée.
- Le colposcopiste doit posséder des connaissances en cytologie et en histopathologie; il doit également connaître l'évolution naturelle des maladies pré envahissantes et envahissantes du tractus genital inférieur chez la femme.
- Le colposcopiste doit connaître l'apparence colposcopique normale et anormale et doit être capable de distinguer les lésions de bas grade de celles de haut grade histologique, pour éviter de manquer un stade avancé de maladie ou d'effectuer un traitement excessif d'une lésion bénigne.
- Le colposcopiste doit posséder les connaissances et les compétences en matière de thérapie (chirurgie et chimiothérapie) pour les patientes souffrant d'une maladie du tractus génital inférieur.
- Le colposcopiste doit comprendre les mesures de contrôle de la qualité et de vérification visant à maintenir des normes élevées de soins et doit y participer activement.
- Le colposcopiste doit accepter un volume et un éventail de nouvelles patientes suffisants pour lui permettre de maintenir à niveau son expertise diagnostique et thérapeutique.
- Le colposcopiste doit se tenir à jour en participant à des congrès scientifiques et en suivant des cours de perfectionnement dans le domaine de la colposcopie et du traitement.
- S'il ne peut maintenir un volume et un éventail suffisants de nouvelles patientes, il devra acquérir une expérience additionnelle en colposcopie sur une base régulière, par le biais d'un préceptorat sous la supervision d'un colposcopiste compétent dans un centre universitaire reconnu.

- La pratique clinique en colposcopie doit s'effectuer en visant les objectifs suivants :
 - le maintien d'un nombre de cas d'anomalies cervicales suffisant;
 - la consultation systématique avec le pathologiste afin de confronter les observations cytologiques, colposcopiques et histologiques;
 - l'aiguillage approprié vers un service de consultation en colposcopie lorsque cela est jugé nécessaire, par exemple pour une colposcopie en cours de grossesse.
- Le colposcopiste doit connaître les *Guidelines for Training Requirements in Colposcopy and Its Related Treatment Modalities* (Société canadienne des colposcopistes).

4.2 Marche à suivre

4.2.1 Interprétation de la demande de consultation et du rapport de cytologie cervicale

- Il est souvent utile d'avoir en main la demande de consultation, s'il y a lieu, ainsi qu'une copie du rapport de cytologie cervicale en question. Il est rare d'effectuer une colposcopie sans avoir pris connaissance auparavant de ce rapport. Le colposcopiste peut décider de répéter le frottis au moment de la colposcopie et de la biopsie dirigée afin d'établir un système de corrélation (cytologie, colposcopie, histologie) au sein du même établissement. Il doit discuter avec la patiente du frottis et de son importance.

4.2.2 Indications de la colposcopie

- De l'avis général, il faut conseiller à toutes les patientes dont le frottis est indicatif d'une lésion de type CIN II/LIHG ou plus de subir un examen colposcopique. Il existe une certaine polémique en ce qui concerne l'intérêt relatif de la colposcopie chez les patientes dont le frottis indique une lésion ASCUS/CIN I/LIBG. En général, on recommande aux femmes présentant ce degré d'anomalie de procéder à un nouveau frottis dans les six mois qui suivent; si ce frottis révèle une progression cytologique ou la persistance de l'anomalie, la colposcopie s'impose (SOGC, 1998b).
- Les femmes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine ou immunodéprimées doivent subir une colposcopie si le frottis révèle un degré d'anomalie quelconque.
- La présence d'une atypie des cellules glandulaires de signification indéterminée (AGUS) dans le frottis cervical doit être examinée par biopsie sous contrôle colposcopique, par curetage endocervical et par biopsie de l'endomètre s'il y a lieu (Zweizig, 1997).

4.2.3 Terminologie de la colposcopie

- La zone de remaniement est l'origine des lésions intraépithéliales du col utérin et, par conséquent, constitue la base du système de classification. En 1990, la Fédération internationale de pathologie cervicale et de colposcopie (FIPCC) a élaboré ce système de classification (tableau 2) (Stafl, 1991). Il inclut les lésions s'étendant à l'extérieur de la zone de remaniement, ce qui n'est pas rare dans le cas des infections par le virus du papillome humain, même si leur potentiel néoplasique est faible.

Tableau 2. TERMINOLOGIE INTERNATIONALE DE LA COLPOSCOPIE

<p>Résultats colposcopiques normaux Épithélium malpighien d'origine Épithélium cylindrique Zone de remaniement</p> <p>Observations colposcopiques anormales À l'intérieur de la zone de remaniement Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésions planes Micropapilles ou microcirconvolutions Ponctuation* Mosaïque* Leucoplasie* Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques À l'extérieur de la zone de remaniement par ex. exocol, vagin Lésion épithéliale blanche (acéto-positive) Lésion plane Micropapilles ou microcirconvolutions Ponctuation* Mosaïque* Leucoplasie* Lésion iodo-négative (test de Schiller) Vaisseaux atypiques</p>	<p>Carcinome envahissant suspect à la colposcopie</p> <p>Examen colposcopique insatisfaisant Jonction squamo-cylindrique non visible Inflammation ou atrophie sévère Col utérin non visible</p> <p>Observations diverses Surface micropapillaire acéto-négative Condylome exophytique Inflammation Atrophie Ulcère Autre</p>
---	--

*Indique un changement mineur ou majeur : Changements mineurs = épithélium blanc (acéto-positif), mosaïque fine, ponctuation fine et légère leucoplasie. Changements majeurs = épithélium blanc (acéto-positif) dense, ponctuation grossière, forte leucoplasie, vaisseaux atypiques et érosion.

Agréé par la Fédération internationale de pathologie cervicale et de colposcopie, mai 1990, Rome (Italie).

4.2.4 Biopsie et résultats de la biopsie

- Le diagnostic colposcopique provisoire se fonde sur l'évaluation de plusieurs caractéristiques épithéliales, notamment les suivantes : contour de la surface, présence d'un motif vasculaire régulier ou irrégulier, calibre des vaisseaux sanguins, blancheur de l'épithélium, distance intercapillaire, netteté de la bordure par rapport aux tissus adjacents, observation de lésions satellites et présence de vaisseaux sanguins atypiques évocateurs de malignité. Plusieurs systèmes de classification colposcopique ont été conçus à l'aide de ces paramètres dans le but d'aider à préciser l'impression colposcopique quant à la gravité de la lésion. C'est au niveau de ces zones ciblées que sont effectuées les biopsies sous contrôle colposcopique. La prise en note précise des résultats doit inclure les renseignements suivants :
 - si la jonction squamo-cylindrique était visible;
 - la présence ou l'absence d'une lésion visible;
 - l'opinion colposcopique quant à la nature de l'anomalie;
 - si la lésion entière a été visualisée.
- On effectue un diagnostic corrélatif à l'aide des résultats des examens cytologiques, de l'impression colposcopique, des biopsies sous contrôle colposcopique et du curetage endocervical s'il y a lieu. En cas de divergences marquées ou de colposcopie insatisfaisante, une conisation peut être nécessaire. Les résultats de la biopsie doivent être expliqués à la patiente, ainsi que les autres méthodes de traitement envisageables
- La corrélation des résultats du frottis et des biopsies subséquentes doit être partie intégrante de tout programme de contrôle de la qualité
- Il convient de reconnaître le caractère unique des lésions glandulaires et de les traiter séparément, conformément aux directives en vigueur (SOGC, 1998).

4.3 Méthodes de traitement des néoplasies intra-épithéliales cervicales

4.3.1 Vue d'ensemble

La néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN) englobe une panoplie de changements microscopiques de l'aspect de l'épithélium cervical évocateurs d'un risque potentiel d'évolution vers un carcinome envahissant. Selon le degré de changement observé, les lésions sont classées dans l'une des trois catégories suivantes : CIN I, CIN II ou CIN III, le chiffre augmentant avec la gravité de la maladie. Il a été proposé de regrouper les lésions en deux catégories, les néoplasies malpighiennes intra-épithéliales de bas grade histologique (LIBG, correspondant à CIN I) et les néoplasies malpighiennes intra-épithéliales de haut grade histologique (LIHG, correspondant à CIN II et III).

4.3.2 Rôle du typage viral

Les virus du papillome humain (VPH) ont été mis en cause dans le développement des CIN. On divise en deux catégories les différents types de VPH associés aux maladies génitales, ceux à faible risque et ceux à risque élevé, ce qui reflète les pourcentages observés dans les cancers envahissants (tableau 3). À l'heure actuelle, aucune preuve ne justifie un typage viral systématique dans le contexte d'un programme de dépistage cytologique; des recherches sont en cours afin de déterminer le rapport coût-efficacité du typage du VPH dans la prise en charge des anomalies ASCUS/LIBG.

4.3.3 Indications du traitement

Tableau 3 : Type viral par risque*

Faible risque oncogène	Risque oncogène élevé
VPH 6,11,26, 40,42, 43,44, 53-55,57,59,66,68	VPH 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58

* En date de janvier 1998.

- Une CIN peut se développer chez n'importe quelle femme qui a déjà eu des rapports sexuels. Cette maladie peut se localiser sur la partie vaginale du col, dans le canal ou à ces deux endroits, et peut même s'étendre jusqu'au vagin. Sur le col, elle peut toucher aussi des cryptes glandulaires sous la surface. La longueur linéaire radiale des lésions varie de deux à 22 mm de la bordure distale à la bordure proximale (moyenne de 10 mm). La maladie se déclare plus haut dans le canal chez les femmes plus âgées et c'est dans la région centrale/proximale que les anomalies histologiques sont les plus graves.
- En général, la plupart des médecins traitent tous les stades de CIN. Le choix de la méthode dépend du siège de la lésion, de la fertilité, du matériel disponible et de l'expertise du médecin.
- La nécessité de traiter les lésions CIN I/LIBG/ASCUS suscite une certaine polémique, car nombre de ces lésions régressent après une biopsie. Toutefois, il est possible que la lésion CIN I/LIBG/ASCUS contienne un type de VPH cancérogène. Si la décision est de ne pas traiter, il convient d'informer la patiente de la nécessité d'effectuer des examens cytologiques et colposcopiques à tous les six mois pendant deux ans. Les lésions à un stade plus avancé doivent toutes être traitées, sauf si la patiente est enceinte, auquel cas le traitement est reporté après la période post-partum

4.3.4 Options thérapeutiques

Les sources d'énergie utilisées pour traiter les CIN incluent les lasers (laser CO₂), les générateurs électrochirurgicaux et l'équipement de cryochirurgie¹.

Les options thérapeutiques sont les suivantes :

- excision au scalpel, au laser ou par électrochirurgie;
- ablation au laser;
- recours combiné à l'excision et à l'ablation (laser ou électrochirurgie). La méthode de traitement choisie dépend du siège de la lésion, de son étendue et des considérations liées à la fertilité;
- cryochirurgie.

a. Excision

L'excision est d'ordinaire réservée aux cas suivants :

- muqueuse endocervicale dysplasique;
- maladie ayant atteint le canal endocervical;
- corrélation inadéquate des observations cytologiques, histologiques et colposcopiques;
- différenciation entre cancer malpighien envahissant et micro-envahissant;
- différenciation entre adénocarcinome envahissant et in situ
- colposcopie insatisfaisante.

Les méthodes de choix sont le laser au CO₂, l'électrochirurgie ou le scalpel.

b. Ablation au laser

- L'ablation au laser (d'ordinaire par laser au CO₂) peut être indiquée chez les patientes présentant une lésion exocervicale. Son taux de guérison initial est de 90 % et son taux de guérison global, après plusieurs interventions, est de 98 %. L'opération est généralement effectuée sous forme de chirurgie d'un jour, sous anesthésie locale. Une anesthésie générale peut être nécessaire pour la patiente plus anxieuse.

c. Électrochirurgie

- Cette technique peut être utilisée tant pour les lésions exocervicales que pour celles requérant une excision, pour quelque raison que ce soit. Le taux de guérison global est de 90 %. L'opération est généralement pratiquée sous anesthésie locale, mais une anesthésie générale peut être nécessaire pour la patiente plus anxieuse, ou encore lorsque l'exposition requise risque d'être excessivement inconfortable.

¹ Pour utiliser ces sources d'énergie de manière efficace et sans danger, l'opérateur doit bien comprendre :

- la manière d'utiliser les appareils servant de source d'énergie;
- les différentes précautions de sécurité à prendre pour chaque source d'énergie;
- l'effet de la source d'énergie sur le tissu;
- le protocole d'entretien du matériel.

d. Cryochirurgie

- La cryochirurgie est réservée aux patientes présentant des lésions CIN exocervicales. Les taux de guérison globaux oscillent autour de 90 %, mais les échecs sont plus fréquents dans le cas des lésions plus étendues. La technique est habituellement pratiquée en consultation externe, sans anesthésie locale ou générale.

4.3.5 Suivi après le traitement

Le suivi initial doit comprendre des examens cytologiques et colposcopiques, ainsi qu'une biopsie, si cela a été jugé nécessaire sur la base de la biopsie d'origine. C'est dans les six mois suivant le traitement qu'il est le plus probable d'observer une maladie persistante ou récidivante. Si la lésion persiste, il faut recommencer le traitement. Le suivi subséquent doit inclure un examen cytologique annuel durant toute la vie de la patiente. Celle-ci doit être informée du calendrier de suivi et être renvoyée à son médecin traitant.

4.3.6 Indicateurs de l'issue du traitement

Les indicateurs de l'issue du traitement incluent notamment les suivants :

- un taux de guérison global de 90 % ou plus, sauf si l'on rencontre une maladie étendue, ou s'il existe des déformations anatomiques cervicales;
- les patientes présentant une maladie persistante sont à nouveau soumises au protocole colposcopique et le traitement est basé les observations histologiques et colposcopiques;
- d'après les données disponibles, l'incidence des complications devrait se situer dans des limites acceptables. Les complications incluent les suivantes :
 - hémorragie postopératoire;
 - guérison retardée;
 - infection cervicale et pelvienne;
 - incompétence ou stenose du col utérin;
 - néoplasie intraépithéliale persistante et récidivante;
 - complications d'anesthésie.

5.0 LES GYNÉCOLOGUES ET GYNÉCOLOGUES ONCOLOGUES

5.1 Formation et maintien de la compétence

5.1.1 Formation

Durant ses études à la faculté, l'étudiant en médecine apprend comment effectuer un frottis et dans quel cas référer la patiente à un colposcopiste ou à un spécialiste.

Durant sa formation, le résident en gynécologie acquiert des connaissances sur la patho-physiologie du cancer du col, ses facteurs de risque et les méthodes de prise en charge d'une lésion cervicale précoce. Au Canada, le résident passe au moins trois mois dans une unité de gynéco-oncologie.

Pour le boursier en oncologie gynécologique, la formation dure au moins deux ans. Depuis 1971 aux États-Unis, l'*American Board of Gynecologic Oncology* propose un programme reconnu et bon nombre des oncologues gynécologues qui pratiquent au Canada ont reçu leur formation aux États-Unis. En 1989, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reconnu l'oncologie gynécologique comme une spécialité et est chargé d'homologuer les programmes approuvés partout au Canada.

Le gynécologue oncologue est :

- un obstétricien et un gynécologue;
- un chirurgien pelvien possédant une expertise en chirurgie urologique, gastro-intestinale et gynécologique radicale;
- formé pour traiter par chimiothérapie et pour participer à la décision de traiter par radiothérapie;
- un défenseur des programmes visant à dépister ou à prévenir les cancers gynécologiques;
- un enseignant;
- un colposcopiste;
- un chercheur clinicien.

Un tel spécialiste travaille dans un service de gynéco-oncologie, soit à l'université, soit dans un centre de soins tertiaires en oncologie.

5.1.2 Maintien de la compétence

L'obstétricien et gynécologue ordinaire maintient ses compétences par les moyens suivants :

- en s'assurant un volume de travail suffisant dans son cabinet;
- en se tenant au courant des derniers développements dans son domaine par la lecture des publications spécialisées et la participation à des conférences et à des ateliers, etc.;
- en fondant sa pratique sur les preuves;
- en étant membre d'une association de sur-spécialistes, par exemple la Société canadienne des colposcopistes;

- en participant au Programme de maintien de la compétence du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

En outre, le gynécologue oncologue maintient à niveau ses compétences :

- en exerçant dans un centre de soins tertiaires;
- en veillant à ce que sa clientèle en gynéco-oncologie représente au moins 50 % de sa clientèle totale;
- en participant à des recherches cliniques multicentriques;
- en étant membre d'une association de spécialistes, p. ex. la Société des gynécologues oncologues du Canada.

5.2 DIAGNOSTIC ET INVESTIGATION

5.2.1 Diagnostic

Le diagnostic du carcinome cervical envahissant requiert un diagnostic histopathologique. Ni l'examen cytologique ni la colposcopie ne sont des techniques diagnostiques, même si chacune joue un rôle important dans le processus. Si une lésion visible est observée sur le col, une biopsie de la lésion est indiquée. Lorsque l'examen cytologique suggère la présence de cellules évocatrices d'une maladie envahissantes alors qu'aucune lésion n'est visible, la colposcopie est d'un précieux recours pour localiser la région cible de la biopsie. Une conisation chirurgicale ou une ablation est indiquée, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre sur la colposcopie.

5.2.2 Investigation

Le bilan initial d'un cancer envahissant du col peut inclure la consignment des antécédents et l'examen physique, une radiographie pulmonaire, une pyélographie intraveineuse ou une tomographie axiale du bassin, une cytoscopie et une rectosigmoïdoscopie. D'autres examens radiologiques peuvent être effectués s'il y a lieu.

5.2.3 Détermination du stade clinique

Le système officiel de la FIGO pour déterminer le stade du carcinome cervical est basé sur l'évaluation clinique (Creasman, 1995), qui peut inclure un examen sous anesthésie générale durant lequel on procède à une cytoscopie et à une rectosigmoïdoscopie. (Ces derniers examens peuvent être omis chez les patientes dont la maladie est à un stade précoce).

5.2.4 Système de détermination du stade chirurgical

Les données qui s'accumulent continuent de souligner les lacunes de la détermination du stade clinique. Le système de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) s'appuie sur le principe selon lequel le cancer du col utérin est avant tout une maladie locale du bassin ainsi que sur l'opinion selon laquelle il est impossible d'implanter à l'échelle mondiale un système de détermination du stade chirurgical, notamment dans les pays en développement.

Tableau 4 : SYSTÈME DE LA FIGO POUR DÉTERMINER LE STADE DU CARCINOME DU COL UTÉRIN (Montréal, 1995)

<p>STADE I : Le carcinome est strictement limité au col (ne pas tenir compte de l'extension vers le corps).</p> <p>STADE IA : Cancer envahissant visible au microscope seulement. Toutes les lésions macroscopiques, même si l'envahissement est superficiel, sont des cancers de stade IB. L'envahissement est limité à un envahissement stromal dont la profondeur maximale est de 5,0 mm et la largeur est inférieure à 7,0 mm.</p> <p>Stade IA-1</p> <ul style="list-style-type: none">• Envahissement stromal mesuré inférieur à 3,0 mm de profondeur et à 7,0 mm de largeur. <p>Stade IA-2</p> <ul style="list-style-type: none">• Envahissement stromal mesuré supérieur à 3,0 mm et inférieur à 5,0 mm de profondeur, et inférieur à 7,0 mm de largeur. La profondeur de l'envahissement ne doit pas être supérieur à 5,0 mm à partir de la base de l'épithélium, superficiel ou glandulaire, d'origine. La présence d'un espace préformé (vasculaire ou lymphatique) ne doit pas influencer sur l'évaluation du stade, mais doit être spécifiquement consignée de manière à ce qu'on puisse déterminer si cela devrait affecter les décisions thérapeutiques futures. <p>Stage IB : Lésions cliniques limitées au col, ou lésions précliniques de stade supérieur à 1A.</p> <p>Stade IB-1</p> <ul style="list-style-type: none">• Lésions cliniques de taille inférieure à 4,0 cm. <p>Stade IB-2</p> <ul style="list-style-type: none">• Lésions cliniques de taille supérieure à 4,0 cm.
<p>STADE II : Le carcinome s'étend au-delà du col sans atteindre la paroi pelvienne. Le carcinome n'atteint pas le tiers inférieur du vagin.</p> <p>Stade IIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas d'atteinte paramétriale évidente. <p>Stade IIB</p> <ul style="list-style-type: none">• Atteinte paramétriale évidente.
<p>STADE III : Le carcinome a atteint la paroi pelvienne. L'examen rectal révèle l'absence d'espace non cancéreux entre la tumeur et la paroi pelvienne. La tumeur atteint le tiers inférieur du vagin. Tous les cas présentant une hydronéphrose ou un rein non fonctionnel sont inclus jusqu'à ce qu'il soit déterminé que ces lésions ont une autre cause.</p> <p>STADE IIIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas d'extension à la paroi pelvienne. <p>STADE IIIB</p> <ul style="list-style-type: none">• Extension à la paroi pelvienne et hydronéphrose ou rein non fonctionnel.

STADE IV : Le carcinome s'est étendu au delà du petit bassin ou a cliniquement atteint la muqueuse de la vessie ou du rectum. La présence d'un oedème bulleux ne permet pas de diagnostiquer un cancer de stade IV.

Stade IVA

- Propagation du cancer aux organes voisins.

Stade IVB

- Propagation aux organes à distance.

5.3 Traitement

5.3.1 Vue d'ensemble du traitement

Si une tomographie axiale ou une lymphangiographie révèle des ganglions lymphatiques anormaux, on peut procéder à une ponction à l'aiguille fine afin de porter un diagnostic et de préciser le choix d'une intervention thérapeutique. La chirurgie et la radiothérapie donnent des résultats comparables chez certaines patientes où la maladie est à un stade précoce et la tumeur de faible volume. Toutefois, la chirurgie peut être préférable chez les femmes plus jeunes, afin de préserver la fonction ovarienne et d'éviter l'atrophie et la sténose vaginales. L'intérêt des traitements adjuvants, telle la chimiothérapie, chez les patientes présentant une maladie à un stade plus avancé, est incertain, et la participation à une étude clinique pourrait être appropriée dans le cas des patientes dont la maladie est à un stade plus avancé que le stade II ou qui présentent une atteinte ganglionnaire.

La survie est liée au volume de la tumeur; par conséquent, le traitement peut varier à l'intérieur de chaque stade tel que défini actuellement par la FIGO selon le volume de la tumeur et son mode d'extension.

Carcinome cervical envahissant diagnostiqué fortuitement dans une pièce d'hystérectomie : heureusement, la maladie est à un stade précoce chez bon nombre de ces patientes et le pronostic est excellent avec un traitement approprié. Les patientes qui sont candidates à une chirurgie radicale et qui ne sont pas atteintes de maladie résiduelle macroscopique peuvent être traitées par une paramétrectomie radicale, une ablation de la région supérieure du vagin et une lymphadénectomie régionale. Cette intervention est particulièrement intéressante pour les patientes jeunes chez qui la préservation de la fonction ovarienne et vaginale normale est importante. La radiothérapie peut être une solution de rechange à la paramétrectomie radicale. Chez les femmes dont la pièce d'hystérectomie révèle que la tumeur a été partiellement réséquée, le pronostic est défavorable et la paramétrectomie radicale, l'ablation de la région supérieure du vagin et le curage ganglionnaire sont déconseillés.

Le traitement par chirurgie ou par radiothérapie des patientes atteintes d'un cancer de la partie restante du col est efficace, et donne des résultats comparables à ceux observés chez les patientes dont l'utérus est intact. Dans ce groupe, les risques de complication intestinale due au traitement peuvent augmenter.

Durant la grossesse, aucun traitement n'est justifié dans le cas des lésions cervicales préenvahissantes, même si l'examen coloscopique est recommandé pour permettre d'exclure un cancer envahissant.

Le traitement du cancer envahissant du col durant la grossesse dépend du stade du cancer et de l'âge gestationnel lors du diagnostic. Traditionnellement, on préconise un traitement immédiat approprié au stade de la maladie lorsque le cancer est diagnostiqué avant la maturité foetale; si le cancer est décelé après 20 semaines de gestation, on peut attendre la maturité foetale avant de traiter et, à ce moment-là, effectuer une césarienne suivie d'un traitement définitif.

5.3.2 Traitement selon le stade

Cancer du col au stade 0

- Avec un traitement approprié, le taux de guérison du carcinome cervical in situ ou LIHG (CIN II ou III) devrait approcher les 100 %. Une maladie envahissante non dépistée, traitée par une thérapie ablative inadéquate, est la cause d'échec la plus courante. Le choix du traitement dépendra également de plusieurs facteurs liés à la patiente, notamment son âge, son désir de préserver sa fertilité, et son état de santé.
- Les méthodes de traitement des lésions malpighiennes exocervicales incluent les suivantes :
 1. Cryothérapie;
 2. Excision électrochirurgicale à l'anse diathermique;
 3. Traitement au laser;
 4. Conisation ou excision.
- Lorsque le processus néoplasique s'étend jusqu'à la marge du cône endocervical, il faut exclure toute possibilité de cancer envahissant.
- Pour l'adénocarcinome in situ (ACIS) du col :
 1. Conisation (si les marges du cône étaient précédemment négatives);
 2. Hystérectomie abdominale ou vaginale (si les marges du cône étaient précédemment négatives);
 3. Si les marges du cône sont positives, une évaluation s'impose afin d'exclure tout adénocarcinome envahissant.

Cancer envahissant du col

Stade IA et stade IA₁

1. Conisation : Si la profondeur de l'envahissement est inférieure à 3,0 mm, si aucune atteinte du système vasculaire ou lymphatique n'est observée et si les marges du cône sont négatives, une conisation peut être suffisante chez les patientes désireuses de préserver leur fertilité.
2. Hystérectomie totale : Si la profondeur de l'envahissement, attestée par conisation, est inférieure à 3,0 mm, si les marges sont nettes et s'il n'y a pas d'atteinte des voies vasculaires ou lymphatiques, la fréquence de l'infiltration ganglionnaire est suffisamment faible pour que la lymphadénectomie ne soit pas nécessaire. L'ovariectomie est facultative et doit être reportée à une date ultérieure chez les femmes plus jeunes.
3. Curiethérapie endocavitaire : Au stade IA₁ et lorsque l'on observe aucun envahissement capillaire ou lymphatique, la fréquence de l'infiltration ganglionnaire est suffisamment faible pour rendre superflu l'emploi d'un faisceau externe. En cas d'atteinte de l'espace vasculaire, il faut traiter comme un stade IA₂.

Stades IA₂, IB et IIA

1. Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne : On peut également envisager une hystérectomie radicale avec lymphadénectomie dans les cas où la profondeur de l'envahissement tumoral est incertaine en raison d'une tumeur envahissante située au niveau de la marge de résection du cône chirurgical.
2. Curiethérapie intracavitaire et radiothérapie externe.

3. Trachélectomie et paramétrectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne : Pour les patientes désireuses de préserver leur fertilité et qui présentent une lésion de petite taille, il s'agit d'une nouvelle option thérapeutique à envisager. Les résultats à long terme de cette intervention ne sont pas encore connus.

- En cas d'adénocarcinome envahissant

Les options de traitement de l'adénocarcinome envahissant sont les mêmes que celles susmentionnées.

Stade IIB

D'ordinaire, les cancers du col au stade II sont traités par radiothérapie.

1. Radiothérapie : Curiothérapie endocavitaire combinée à une irradiation pelvienne par faisceau externe.
2. Des études cliniques sur la radiothérapie et la chimiothérapie (administrées de manière séquentielle dont concomitante) sont en cours.

Stade III

- Le traitement de choix est la radiothérapie externe parallèlement à une curiothérapie endocavitaire. Les patientes présentant une atteinte unilatérale de la paroi pelvienne ont un meilleur pronostic que celles dont l'atteinte est bilatérale ou dont le tiers inférieur du vagin est atteint.

1. Radiothérapie externe et interne.
2. Des études cliniques sur l'utilisation combinée de la radiothérapie et de la chimiothérapie de manière concomitante ou séquentielle sont en cours.

Stade IV

- Le traitement de choix est la radiothérapie. En présence d'une fistule rectovaginale ou vésicovaginale, ou d'une absence de réponse à la radiothérapie, et s'il n'y a aucune atteinte régionale ou à distance, une exentération pelvienne peut être envisagée.
 - Aucun traitement chimiothérapeutique standard du cancer du col de stade IV n'a un effet palliatif appréciable. De telles patientes pourraient être admissibles à des nouveaux traitements anticancéreux en participant à des études cliniques de phase I et II.
1. Radiothérapie externe et interne.
 2. Protocoles en cours portant sur des traitements combinés de radiothérapie et de chimiothérapie.
 3. La thérapie par irradiation hyperfractionnée peut être utilisée à titre palliatif en cas de lésion centrale.
 4. Chimiothérapie.
 5. Exentération pelvienne.

5.4 Cancer du col récidivant

Il n'existe aucun traitement standard pour les récurrences régionales ou à distance du cancer du col. Certaines patientes peuvent être des candidates appropriées aux essais cliniques testant des combinaisons de médicaments ou de nouveaux agents anticancéreux. Dans le cas d'une récurrence centrale localisée, l'exentération pelvienne peut permettre une survie à cinq ans de 50 à 60 % chez certaines patientes.

1. Exentération pelvienne.
2. Pour les récurrences dans le bassin seulement, lorsque la patiente a subi un traitement primaire par chirurgie, la radiothérapie seule ou combinée à la chimiothérapie peut guérir 40 à 50 % des patientes.
3. La chimiothérapie peut être utilisée à des fins palliatives.
4. Effet palliatif seulement.

5.5 Suivi

Chez les patientes atteintes d'un cancer envahissant du col dont le traitement par chirurgie ou radiothérapie est terminé, une récurrence peut survenir. Le cas échéant, la récurrence se produit dans 80 % des cas durant les premières années du suivi et, dans 98 % des cas, au cours des cinq premières années.

Lors de chaque visite, il faut effectuer un examen gynécologique, une palpation des ganglions lymphatiques (supraclaviculaires et inguinaux) et un examen cytologique. Il faut expliquer à la patiente comment maintenir la perméabilité du vagin.

5.5.1 Fréquence du suivi

- Une fois tous les trois mois durant la première année.
- Une fois tous les quatre mois durant la deuxième année.
- Une fois tous les six mois entre la troisième et la cinquième année.
- Une fois par an entre la sixième et la dixième année de suivi, puis selon les besoins.

Pendant les cinq premières années, le suivi de la patiente doit être assuré par un centre de soins tertiaires spécialisé dans le traitement du cancer.

5.6 Hormonothérapie substitutive

Chez les patientes traitées pour un cancer du col, il n'existe aucune contre-indication de l'hormonothérapie substitutive (si l'utérus est toujours en place), sauf en cas de contre-indication d'ordre médical.

6.0 BIBLIOGRAPHIE

Anderson GH, Boyes DA, Benedet JL et al. Organisation and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85. *British Medical Journal* 1988; 296: 975-978.

Anderson GH, Benedet JL, LeRiche JC et al. Invasive Cancer of the Cervix in British Columbia: A Review of Demographic and Screening Histories of 437 Cases Seen From 1985-1988. *Obstet Gynecol* 1992; 80(1): 1-4.

Association médicale canadienne. Principes directeurs concernant les guides de pratique clinique au Canada; Ottawa: 1994.

Société canadienne de cytologie. Directives concernant la pratique et l'assurance qualité en cytopathologie 1995-96.

Cohen M & Hammerstrand K. Papanicolaou test coverage without a cytology registry. *American Journal of Epidemiology* 1989; 129: 388-394.

Clarke EA, Anderson TW. Does screening by 'Pap' smears help prevent cervical cancer? A case-control study. *Lancet*, 1979; 2: 1-4.

Cramer DW. The role of cervical cytology in the declining morbidity and mortality of cervical cancer, *Cancer*, 1974; 34: 2018-2027.

Creasman WT. New gynecologic cancer staging. *Gynecologic Oncology*, 1995; 58: 157-158.

Davey DD. Quality and Liability issues With the Papanicolaou Smear. *Arch Pathol Lab Med*, 1997; 121: 267-269.

Day NE. The epidemiological basis for evaluating different screening policies. In Hakama M, Miller AB, Day NE (eds) *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. IARC Scientific Publication no. 76. Lyon: IARC, 1986.

Department of Health and Human Services. Improving the Quality of Clinician Pap Smear Techniques and Management, Client Pap Smear Education, and the Evaluation of Pap Smear Laboratory Testing: A Resource Guide for Title X Family Planning Projects. Washington, DC; US Dept of Health and Human Services; 1989.

Eddy DM. Screening for Cervical Cancer. *Annals of Internal Medicine*, 1990; 113(3): 214-226.

Gay JD, Donaldson LD, Goellner JR. False negative rates in cervical cytological studies. *Acta Cytol*; 1985; 29: 1043-1046., 1985

Goel V. Factors Associated with Cervical Cancer Screening: Results for the Ontario Health Survey. *Revue canadienne de santé publique* 1994; 85(2): 125-127.

Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries. In: Magnus K (ed) Trends in Cancer Incidence. New York: Hemisphere Press, 1982, pp 279-292.

Hankins CA, Lamont JA & Handley MA. Cervicovaginal screening in women with HIV infection: A need for increased vigilance? *Journal de l'Association médicale canadienne* 1994; 150(5): 681-686.

Interchange 95 : Un forum canadien sur la collaboration pour les stratégies de mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du col utérin. Santé Canada, n° de cat. H39-357/1995F.

Johannesson G, Geirsson G, Day N. The effect of mass screening in Iceland, 1965-1974, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21: 418-425.

Kassirer E. Impact of the Walton report on cervical cancer screening programs in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1980; 122: 417-423.

Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 1: 1247-1249.

Lynge E. Regional Trends in incidence of cervical cancer in Denmark in relation to local smear-taking activity. *Int J Epidemiology* 1983; 12: 405-413.

Maiman M, Fruchter RG, Clark M et al. Cervical Cancer as an AIDS-Defining Illness. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 76-80.

Maxwell C, Kozak J, Desjardins-Denault S. Factors Important in Promoting Cervical Cancer Screening Behaviours Among Canadian Women: Regional Comparisons. A Report for Disease Prevention Division; June 1996.

Miller AB, Lindsay J, Hill GB. Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix. *Int J Cancer*, 1976; 17: 602-612.

Miller AB, Anderson G, Brisson J et al. Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1991; 145: 1301-1325.

Naryshkin S. The False-Negative Fraction for Papanicolaou Smears. *Arch Pathol Lab Med*, 1997; 121: 270-272.

National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. *JAMA* 1989; 262: 931.

Parkin DM, Nguyen Dinh X, Day NE. The impact of screening on the incidence of cervical cancer in England and Wales. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 150-157.

Parkin DM. The Epidemiological Basis for Evaluating Screening Policies. In Franco & Monsonego (eds): *New Developments in Cervical cancer Screening and Prevention*. Blackwell Science Ltd; Oxford, 1997, pp 51-69.

Sasieni P, Cuzick J, Farmery E. Estimating the efficacy of screening by auditing similar histories of women with and without cervical cancer. *Br J Cancer*, 1996; 73: 1001-1005.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Adenocarcinoma in situ of the Cervix: Clinical Features and Review of Management, 1998.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Management of the Abnormal Papanicolaou Smear, J. Soc. Obstet Gynaecol Can 1998;20:57-64.

Staffl A, Wilbanks G. An International Terminology Of Colposcopy: Report Of The Nomenclature Committee Of The International Federation Of Cervical Pathology And Colposcopy. Obstet Gynecol 1991; 77: 313.

Stephens T, Fowler Graham D: Enquête promotion santé Canada : rapport technique, Santé Canada, Ottawa, 1993.

Stuart GCE, O'Connell G & Ferenczy A. Screening for cancer of the cervix. Journal de l'Association médicale canadienne 1991; 145(10): 1195.

Sweet L, Tesch M, Dryer, D & McAleer C. A Review of Cervical Cytology Screening History of PEI Women Diagnosed with Carcinoma of the Cervix, 1981-1986. Maladies chroniques au Canada 1991; 12(1): 1-3.

Walton RJ, Blanchet M, Boyes DA et al. Cervical Cancer Screening Programs. Journal de l'Association médicale canadienne 1976; 114: 1003.

Walton RJ, Allen HH, Anderson GH et al. Cervical Cancer Screening Programs: summary of the 1982 Canadian Task Force Report. Journal de l'Association médicale canadienne 1982; 127: 581-589.

Wright T & Sun XW. Anogenital Papillomavirus Infection and Neoplasia in Immunodeficient Women. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 1996; 23(4): 861-893.

Wright VC, Lickrish GM, Shier RM (eds): Basic and Advanced Colposcopy Part One: A Practical Handbook for Diagnosis, 1996, Biomedical Communications, Houston.

Wright VC, Lickrish GM, Shier RM (eds): Basic and Advanced Colposcopy Part Two: A Practical Handbook for Treatment, 1996, Biomedical Communications, Houston.

Zwezig S, Noller K, Reale F et al. Neoplasia Associated with Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance on Cervical Cytology. Gynecologic Oncology, 1997; 65: 314-318.