

# Prise en charge colposcopique des résultats cytologiques et histologiques anormaux en ce qui concerne le col utérin

La présente directive clinique a été rédigée par le conseil exécutif de la Société canadienne des colposcopistes et approuvée par le comité sur les politiques et les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada / Société de gynéco-oncologie du Canada / Société canadienne des colposcopistes, le comité exécutif et le conseil d'administration de la Société de gynéco-oncologie du Canada, et le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEUR PRINCIPAL

James Bentley, MB ChB, Halifax (N.-É.)

## CONSEIL EXÉCUTIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DES COLPOSCOPISTES

James Bentley, MB ChB, Halifax (N.-É.)

Monique Bertrand, MD, London (Ont.)

Lizabeth Brydon, MD, Regina (Sask.)

Hélène Gagné, MD, Ottawa (Ont.)

Brian Hauck, MD, Calgary (Alb.)

Marie-Hélène Mayrand, MD, Montréal (Québec)

Susan McFaul, MD, Ottawa (Ont.)

Patti Power, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Alexandra Schepansky, MD, Edmonton (Alb.)

Marina Straszak-Suri, MD, Ottawa (Ont.)

## COLLABORATEURS SPÉCIAUX

Terry Colgan, MD, Toronto (Ont.)

Laurette Geldenhuys, MD, Halifax (N.-É.)

Mark Heywood, MD, Vancouver (C.-B.)

Roberta Howlett, PhD, St. Thomas (Ont.)

Linda Kapusta, MD, Mississauga (Ont.)

Rachel Kupets, MD, Toronto (Ont.)

Joan Murphy, MD, Toronto (Ont.)

Jill Nation, MD, Calgary (Alb.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Michael Shier, MD, Toronto (Ont.)

Tous les auteurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

## Résumé

**Objectif :** Fournir une directive clinique traitant de la prise en charge des résultats cytologiques anormaux issus du dépistage du cancer du col utérin, clarifier les algorithmes appropriés aux fins du suivi à la suite du traitement et promouvoir l'offre des meilleurs soins possibles aux femmes tout en assurant une utilisation efficace des ressources disponibles.

**Issues :** Les femmes qui obtiennent des résultats cytologiques anormaux sont exposées à un risque de voir apparaître un cancer du col utérin; la mise en œuvre d'un triage et d'un traitement appropriés atténuera ce risque. La présente directive clinique facilitera la mise en œuvre de normes communes à la grandeur du Canada, et ce, en vue de contrer la tendance actuelle qui veut que chaque province et territoire formule ses propres lignes directrices.

**Résultats :** La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed ou Medline, CINAHL et *The Cochrane Library* en octobre 2008 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « colposcopy », « cervical dysplasia ») et de mots clés (p. ex. « colposcopy management », « CIN », « AGC », « cervical dysplasia », « LEEP », « LLETZ », « HPV testing », « cervical dysplasia triage ») appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs

**Mots clés :** Cervical cytology, cervical cancer, colposcopy, treatment, follow-up, abnormalities, guidelines

J Obstet Gynaecol Can 2012;34(12):1203-1206

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

## Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8.

randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date ou de langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en juillet 2012. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Les opinions de spécialistes issues de la littérature publiée soumise à l'examen collégial et les données issues d'essais cliniques sont résumées. Une opinion de consensus est présentée lorsque les données sont insuffisantes.

**Valeurs :** La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

**Validation :** La précision de la présente directive clinique a été analysée par des spécialistes œuvrant dans les domaines de la cytologie, de la pathologie et du dépistage cervical. Le contenu de la présente directive clinique a également été comparé à celui de documents similaires issus d'autres organisations, dont l'*American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*, la *British Society for Colposcopy and Cervical Pathology* et l'*European Cancer Network*.

### Recommandations

#### PRISE EN CHARGE DES ANOMALIES CYTOLOGIQUES

L'âge de la patiente peut affecter la prise en charge; là où cela s'avère pertinent, cet âge sera identifié dans la recommandation.

#### L'EXAMEN COLPOSCOPIQUE

1. L'utilisation de la terminologie définie par la *International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy* permet la meilleure description possible des constatations colposcopiques. (III-C)
2. Au moment de la colposcopie, deux échantillons biopsiques ou plus devraient être prélevés. (I-A)
3. Un curetage endocervical devrait être mené lorsque la zone de transformation n'est pas visible, en présence d'un frottis de Pap indiquant une AGC et chez les femmes de plus de 45 ans ayant obtenu des résultats cytologiques de haut grade. (II-2B)
4. La tenue systématique d'un dépistage du VPH-HR chez toutes les patientes orientées en colposcopie est déconseillée. (III-C)

#### PRISE EN CHARGE DES FEMMES QUI PRÉSENTENT UNE ASCUS OU UNE LSIL AU MOMENT D'ÊTRE ORIENTÉES EN COLPOSCOPIE

5. Une femme qui présente des résultats cytologiques positifs persistants indiquant la présence d'une ASCUS/LSIL ou d'une ASCUS VPH-HR devrait être orientée en colposcopie, conformément aux lignes directrices provinciales / territoriales. (III-A)
6. Toute lésion identifiée par colposcopie devrait faire l'objet d'une biopsie. (III-C)
7. Lorsque aucune lésion n'est identifiée au moment de la colposcopie, la tenue d'une biopsie aléatoire au sein de la zone de transformation devrait être envisagée. (III-C)

#### PRISE EN CHARGE DE L'ASC-H

8. Une femme ayant obtenu un résultat indiquant une ASC-H à la suite d'un frottis de Pap devrait faire l'objet d'une colposcopie en vue d'écarter la présence d'une CIN 2 ou 3 et/ou d'un cancer. (II-2A)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3955717>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3955717>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)