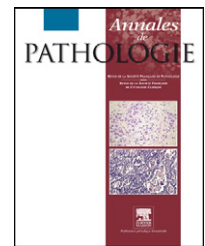




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Le dépistage cytologique de l'adénocarcinome du col

Cytological screening of cervical adenocarcinoma

Christine Bergeron^{a,*}, Luigi Di Bonito^b

^a Laboratoire Cerba, boîte postale, 95066 Cergy Pontoise, France

^b Direttore dell' U.C.O., anatomia e istologia patologica, ospedale di Cattinara, Trieste, Italie

Accepté pour publication le 13 septembre 2012

Disponible sur Internet le 21 novembre 2012

MOTS CLÉS

Dépistage du cancer col ;
Adénocarcinome ;
Cytologie ;
Terminologie
Bethesda 2001

Résumé L'adénocarcinome invasif du col utérin correspond en moyenne à 15% des carcinomes du col utérin. Il est le plus souvent associé à une infection à papillomavirus humain de type 16 ou 18. Son dépistage présente des particularités par rapport au carcinome malpighien ; les lésions glandulaires précancéreuses sont moins bien connues et seul l'adénocarcinome in situ est diagnostiqué de manière consensuelle par les pathologistes ; l'adénocarcinome in situ se développe autour de la jonction squamocylindrique à partir de cellules de réserve et peut être difficile à localiser en colposcopie dans le canal endocervical. Le prélèvement des cellules cylindriques nécessite une brosse plutôt que la spatule d'Ayre. Le diagnostic cytologique des cellules glandulaires se fait selon la terminologie Bethesda 2001 qui a redéfini le cadre des anomalies des cellules glandulaires et a introduit l'entité « adénocarcinome in situ ». Cette entité est caractérisée par des critères spécifiques, comme la disposition radiaire des noyaux en périphérie, donnant aux cellules un aspect ressemblant « à des plumes à l'extrémité d'une aile d'oiseau », des images de noyaux en palissade ou en rosette sans diathèse tumorale. Les anomalies des cellules glandulaires restent rares et correspondent à moins de 0,1% de la totalité des frottis et moins de 5% des frottis anormaux. En améliorant le prélèvement et l'interprétation des cellules cylindriques anormales, le dépistage cytologique devrait permettre le diagnostic d'adénocarcinome in situ et d'adénocarcinome invasif à un stade précoce. Une diminution de la mortalité par adénocarcinome du col, en particulier chez les femmes jeunes, devrait en résulter.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

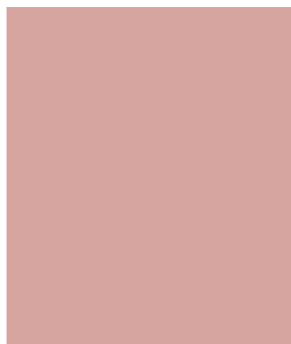
KEYWORDS

Screening of cervical cancer ;
Adenocarcinoma ;
Cytology ;
Bethesda terminology
2001

Summary Invasive endocervical adenocarcinoma represents on average 15% of cervical carcinomas and it is associated with human papillomavirus infection high-risk types 16 and 18 in most of cases. Its detection has some special features compared to squamous cell carcinoma; glandular precancerous lesions are less known and only adenocarcinoma in situ is diagnosed by consensus among pathologists; adenocarcinoma in situ develops in the squamocolumnar junction by reserve cells but it is hard to be located by colposcopy in the endocervical canal. Sampling of endocervical cells requires brushes rather than Ayre spatula. Cytological diagnosis

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bergeron@lab-cerba.com (C. Bergeron).



of glandular cells abnormalities is based on the Bethesda System 2001 terminology, which redefined endocervical cells abnormalities and also introduced the entity of adenocarcinoma in situ. This entity is characterized by specific morphological features, such as the radial arrangement of nuclei in the periphery, like “feathers at the end of a bird’s wing” (feathering of cells), images of nuclei palissading or rosette without tumoral diathesis. Glandular cells abnormalities are rare and represent less than 0.1% of all smears and less than 5% of abnormal smears. By improving collection and interpretation of abnormal endocervical cells, cytological screening should allow the diagnosis of in situ adenocarcinoma and detection of invasive adenocarcinoma at a very early stage. This will lead to a decrease in mortality from endocervical adenocarcinoma, especially in young women.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En 2011, l’incidence de l’adénocarcinome du col utérin reste stable ou est même en légère augmentation, y compris dans les pays où il existe parallèlement une décroissance de l’incidence des cancers malpighiens [1,2]. L’adénocarcinome invasif correspond à près d’un quart des cancers invasifs du col dans certains pays, comme en Grande Bretagne ou en Australie où le dépistage est organisé [3]. Cette augmentation a été remarquable chez les femmes de moins de 40 ans [1,4]. La mortalité de l’adénocarcinome invasif du col utérin a également augmenté durant ces 20 dernières années en valeur absolue et en valeur relative par rapport au cancer malpighien [5]. Faut-il en conclure que le dépistage cytologique n’est pas adapté pour détecter les lésions glandulaires précancéreuses ou les adénocarcinomes à un stade invasif précoce ?

Les lésions précancéreuses de l’épithélium cylindrique endocervical

L’adénocarcinome in situ (AIS) est la seule entité histologique reconnue de manière consensuelle comme une lésion précancéreuse du col [6] (Fig. 1). L’AIS est parfois dénommé lésion ou dysplasie glandulaire intraépithéliale de haut grade. La progression de l’AIS vers un adénocarcinome est estimée de cinq à 13 ans [7,8]. Il se développe autour de la jonction squamocylindrique suite à une infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) à haut risque de types 16 ou 18 le plus souvent [9]. Les infections persistantes avec un HPV de type 16 ou 18 sont en général associées à des néoplasies cervicales malpighiennes intraépithéliales (CIN) de grade 2–3 car le virus a une plus grande affinité pour les kératinocytes. La lésion commence autour de la jonction car le virus peut atteindre plus facilement les couches basales de l’épithélium malpighien et commencer le cycle viral. Le virus peut infecter en même temps ou plus rarement de manière isolée les cellules de réserve autour de la jonction squamocylindrique ; ces cellules vont se différencier dans un sens cylindrique [10]. L’infection reste le plus souvent latente. En cas de persistance, l’expression des gènes viraux oncogènes E6 et E7 au niveau de l’épithélium cylindrique induit une infection transformante. L’expression de la protéine p16 par immuno-histochimie est un moyen indirect de mettre en évidence cette infection transformante au niveau de l’épithélium cylindrique [11]. Morphologiquement, elle se traduit par un AIS qui comporte un immunomarquage diffus des cellules cylindriques anormales avec la protéine

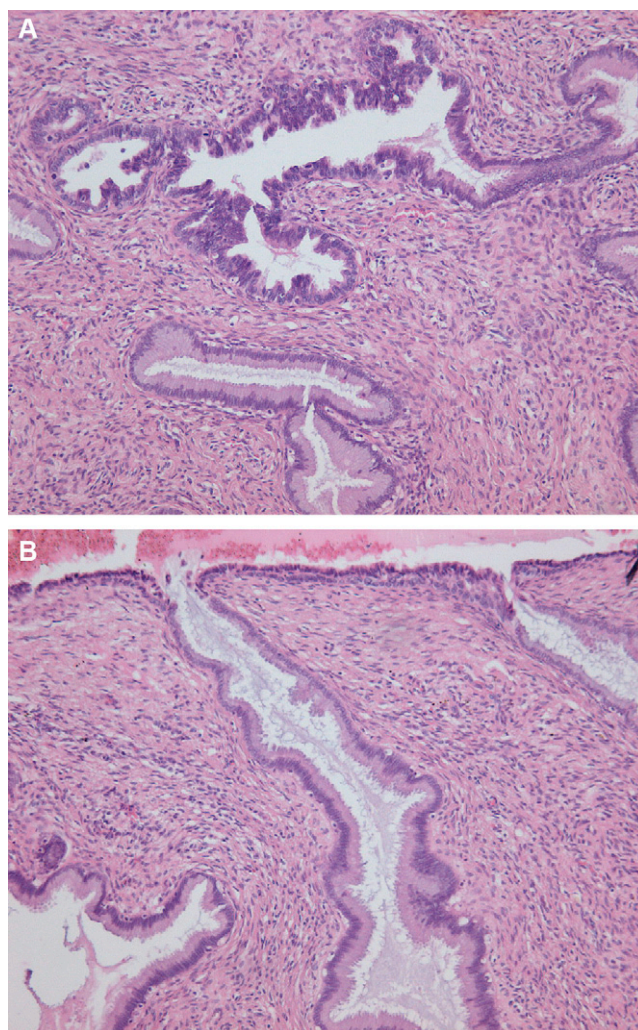


Figure 1. Adénocarcinome in situ sur une biopsie. L’épithélium cylindrique anormal n’intéresse qu’une partie des glandes endocervicales (A). L’épithélium cylindrique anormal atteint la surface des récessus endocervicaux. Une brosse peut donc prélever les cellules glandulaires anormales (B).
Adenocarcinoma in situ on a biopsy. The abnormal epithelium affects only a part of the endocervical glands (A). The abnormal epithelium reaches the surface of endocervical glandular structures which can be reached by a brush (B).

p16 [12] (Fig. 2). Ce marquage peut aider aux diagnostics différentiels représentés par :

- l’hyperplasie glandulaire et ses variantes parfois appelées lésions glandulaires intraépithéliales de bas grade. Ces dernières n’ont pas de critères morphologiques

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128269>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128269>

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