

## ***Métaplasie ou transformation atypique grade II***

### **C. QUEREUX**

Devant un frottis suspect de CIN, la biopsie conclut parfois à un haut grade ... non confirmé par l'électrorésection qui ne révèle qu'un processus métaplasique. C'est souligner les difficultés à différencier parfois une métaplasie d'un CIN tant sur le plan cytologique qu'histologique. On ne sera donc guère surpris qu'il y ait aussi de véritables difficultés colposcopiques à différencier un tableau de métaplasie de celui de TAG2, tableau d'expression habituelle des CIN de haut grade.

#### ➤ **La métaplasie :**

Le tissu glandulaire présent sur l'exocol a une tendance naturelle et permanente à se transformer en tissu malphigien.

Il peut le faire de deux manières :

- *mécaniquement*, par glissement à partir de languettes périphériques avec progression centripète : **c'est la métaplasie directe.**
- *par transformation d'un tissu cylindrique* en malphigien, à partir de cellules de réserves sous cylindriques. Le remplacement est vertical, au sein même du tissu cylindrique, plusieurs plages progressant souvent en même temps, **c'est la métaplasie indirecte ou in situ.**

#### ➤ **Les difficultés cyto-histologiques :**

- *Dans le processus de métaplasie*

Les cellules de réserve se multiplient et élaborent au début un tissu malphigien peu différencié, immature. Ce n'est que plus tard que se fera la différenciation avec charge en glycogène.

- *Dans un CIN de haut grade*

La grande caractéristique est une perte de différenciation à laquelle s'associe un renouvellement cellulaire important ce qui explique la présence de mitoses anormales.

- *Il y a donc des points communs :*

épithélium peu différencié, fait de cellules basales, avec augmentation de la densité cellulaire et un certain nombre de mitoses.

- *Il y a heureusement des différences*

Avec dans les CIN une hypercellularité plus marquée et des mitoses anormales ainsi qu'une disposition cellulaire moins régulièrement stratifiée que dans la métaplasie, volontiers anarchique ; enfin, anisocaryose, discaryose et hyperchromatisme sont plutôt le fait du CIN.

On comprend les difficultés des cytologistes et histologistes quand les anomalies sont discrètes et dissociées et à fortiori si sur une même pièce co-existent de la métaplasie et du CIN de haut grade.

### ➤ **Les difficultés colposcopiques :**

- Elles ne sont guère le fait de la métaplasie directe car les languettes du tissu malphigien se différencient bien en acide acétique : pâles parfois mais pas blanches, avec présence d'un "liseré de sécurité" sous forme d'un petit halo blanchâtre qui circonscrit la progression. Le lugol est parfois déjà positif.

- *La difficulté vient de la métaplasie indirecte* à partir des cellules de réserve car l'indifférenciation du tissu est responsable de son blanchiment à l'acide acétique (acidophilie) et d'une franche négativité du lugol or ces deux données sont aussi les caractéristiques d'une TAG2.

- Il y a en principe d'autres éléments permettant de faire la différence en faveur du diagnostic de TAG2 :

- . l'intensité de l'acidophilie non homogène,
- . l'association à des zones congestives malgré l'acide acétique,
- . la présence d'orifices glandulaires à distance de la seule zone de progression et souvent déformés en fente, en cerne.
- . un bord interne net, et au contraire un bord externe plutôt flou.

Dans les lésions mineures, l'hésitation est possible et pas toujours facile à éviter.

### ➤ **Que faire ?**

- Le plus souvent la colposcopie est faite pour bilan d'un frottis anormal ce qui modifie le regard et oriente le diagnostic. La biopsie permettra la plupart du temps de conclure et de lever un éventuel doute.

- En cas d'hésitation au terme de l'histologie, on peut discuter :

- . *l'étude de la ploïdie* : une aneuploïdie traduit un potentiel d'agressivité certain mais cette technique est difficile à utiliser en routine.
- . *le type viral* : il n'a de valeur que négatif, permettant de désamorcer l'angoisse. Positif, il incitera parfois à tort à proposer une électrorésection.
- . *une ERAD* : elle a l'intérêt de nous aider à comprendre et donc à progresser mais c'est souvent trop proposer.
- . *Il y a une vraie place pour le suivi* et il paraît préférable dans un souci de moindre agression de savoir renouveler l'examen colposcopique et histologique quelques mois plus tard.

#### Référence :

P. TRANBALOC : métaplasie et CIN de haut grade. Difficultés diagnostiques. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2002, 30, 845-849.