

Colposcopie normale après frottis anormal

A. Guillemotonia Paris

La fréquence de cette situation oscille entre 9 % et 23 % selon les auteurs et plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette discordance cyto-colposcopique.

Il peut s'agir d'un faux-positif de la cytologie, d'une régression spontanée de la lésion entre la réalisation du frottis et de la colposcopie ou d'un faux-négatif de la colposcopie.

1. Faux-positif de la cytologie

Une méta-analyse (FAYEY) évalue la sensibilité de la cytologie à 58 % et sa spécificité à 69 %.

Les faux positifs de la cytologie sont attribués à des métaplasies immatures, des troubles trophiques, des inflammations.

La discordance cyto-histologique s'explique par une fiabilité de diagnostic faible de 50 % dans les lésions mineures

- 30 % de ces lésions sont surévaluées
- 20 % sont sous-évaluées

C'est ainsi que dans les ASCUS, on retrouve 10 % à 80 % de cols normaux et 3 % à 31 % de lésions de haut grade.

Dans les frottis de bas grade, on retrouve 4 % à 66 % de cols normaux et 10 % à 47 % de lésions de haut grade.

La cytologie dans les lésions de haut grade a une bonne valeur prédictive, elle est estimée à 70% à 95%.

La concordance avec la biopsie est de 80 %.

2) Régression de la lésion

Il peut se produire une régression spontanée de la lésion dans la période qui sépare le résultat du frottis et la réalisation de la colposcopie.

C'est souvent le fait d'altérations cytologiques mineures telles que les infections à HPV, les infections bactériennes d'ectropion ou de transformation normale.

3) Les faux-négatifs de la colposcopie

La sensibilité de la colposcopie qui est de 80 % à 96 % et sa spécificité 74 % expliquent les discordances cyto-colposcopiques.

La variabilité de la colposcopie qui est une méthode subjective a été bien étudiée par HOPMAN 1995 : il évalue la variabilité du diagnostic et du site de la biopsie.

- variabilité intraobservateur : diagnostic : 66,7 % Biopsie : 85,3 %
- variabilité interobservateur : diagnostic : 52,4 % Biopsie : 77,4 %

Les faux-négatifs de la colposcopie peuvent également s'expliquer par le fait d'une lésion trop minime qui au début de sa formation n'est pas encore visible en colposcopie. La situation de la lésion peut également tromper le colposcopiste quand elle se situe dans le vagin cachée par les valves du spéculum ou dans l'endocol au niveau d'un orifice étroit de nullipare, en post-ménopause ou en post-thérapeutique.

4) La conduite à tenir dans le cas d'un frottis anormal et d'une colposcopie normale

Dans le cas d'anomalies cytologiques mineures, la répétition du frottis trois mois à six mois plus tard après désinfection du col ou traitement trophique chez la femme ménopausée non traitée aboutit à deux éventualités :

La régularisation du frottis : nouvelle cytologie dans six mois pour confirmer la normalité

La persistance des anomalies cytologiques : nouvelle colposcopie.

En fonction du résultat de ce bilan colposcopique,

la lésion est confirmée par des biopsies dirigées

la lésion est endocanalaire : la microcolposcopie et le curetage d'endocol sont indiqués pour confirmer la lésion.

Si les anomalies cytologiques sont majeures, que la jonction est non visible en colposcopie, il faut faire une conisation diagnostique.

Ce cas est le plus souvent rencontré après la ménopause où il se produit une ascension de la jonction dans le canal.

La présence d'un HPV oncogène dans cette période est un élément supplémentaire pour indiquer cette conisation.

Conclusion

Une discordance cyto-colposcopique implique une surveillance à vie ; ces patientes ont un risque 20 fois plus élevé d'avoir une lésion que des patientes ayant toujours eu des frottis normaux.