

DÉCEMBRE 2016

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE

e-cancer.fr

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

La coordination scientifique de l'élaboration de ces recommandations a été réalisée par l'INCa. La Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM), la Société française de cytologie clinique (SFCC), la Société française de pathologie (SFP), le Centre national de référence des papillomavirus humains (CNR HPV), la Société française de microbiologie (SFM), le Collège de la médecine générale (CMG), le Collège national des sages-femmes (CNSF) et l'Association des coordinateurs de structures de dépistage (ACORDE) ont également pris part à ce travail. Des patientes ont donné leur point de vue sur ces recommandations au cours de la relecture nationale.

Les recommandations ne peuvent envisager l'ensemble des situations cliniques et ne peuvent donc se substituer au jugement et à la responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient.

Ce document s'inscrit dans la mise en oeuvre du Plan cancer 2014-2019, action 1.3 « Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée ».

L'Institut national du cancer reçoit le soutien financier d'Unicancer pour la conduite de son programme de recommandations.



Ce document doit être cité comme suit : © *Conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale*, Collection recommandations et référentiels, INCa, décembre 2016.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que 1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978, 2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé et 3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

INTRODUCTION	4
OBJECTIFS ET CIBLES	5
RECOMMANDATIONS	6
Messages généraux	6
CONDUITE DIAGNOSTIQUE	7
Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASC-US)	9
Arbre 1 Cytologie ASC-US initiale (1) : conduite de première intention à tenir avant 30 ans	10
Arbre 2 Cytologie ASC-US initiale (2) : conduite de première intention à tenir après 30 ans	12
Arbre 3 Cytologie ASC-US initiale (3) : conduite à tenir après test HPV ou double immunomarquage positif	14
Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)	15
Arbre 4 Cytologie ASC-H initiale (1) : conduite à tenir de première intention	16
Arbre 5 Cytologie ASC-H initiale (2) : conduite à tenir après colposcopie non satisfaisante	18
Cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)	19
Arbre 6 Cytologie LSIL initiale (1) : conduite à tenir en première intention	20
Arbre 7 Cytologie LSIL initiale (2) : conduite à tenir à partir de la colposcopie	22
Cytologie avec anomalies des cellules glandulaires (AGC)	23
Arbre 8 Cytologie AGC initiale	24
Cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)	25
Arbre 9 Cytologie HSIL initiale	26
Cytologie anormale pendant la grossesse	27
Arbre 10 Cytologie ASC-US ou LSIL découverte en cours de grossesse	28
Arbre 11 Cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte en cours de grossesse	30
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	31
Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade	33
Arbre 12 Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade après cytologie initiale ASC-US ou LSIL	34
Arbre 13 Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade après cytologie initiale ASC-H, AGC ou HSIL	36
Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade	37
Arbre 14 Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade	38
Adénocarcinome <i>in situ</i> (AIS)	39
Arbre 15 Adénocarcinome <i>in situ</i> histologique confirmé	40
MÉTHODE	41
GROUPE DE TRAVAIL, COORDINATION ET EXPERTS RELECTEURS	43
LISTE DES ABRÉVIATIONS	45

INTRODUCTION

L'incidence et la mortalité des cancers invasifs du col de l'utérus (2 757 nouveaux cas et 1 092 décès projetés en 2015) diminuent depuis plus de 30 ans en France, notamment grâce au dépistage par frottis cervico-utérin, test de référence, qui permet de dépister des lésions pré-invasives ou des cancers à un stade précoce. La réalisation d'une cytologie cervico-utérine est recommandée chez les femmes de 25 à 65 ans, tous les 3 ans, après deux cytologies normales réalisées à un an d'intervalle.

Le Plan cancer 2014-2019 comporte parmi ses objectifs celui de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col utérin en s'appuyant sur un programme national de dépistage organisé.

Avec la généralisation du dépistage en France, le taux de cytologies anormales (définies comme les cytologies non NILM (*Negative for intraepithelial lesion or malignancy*) d'après la terminologie de Bethesda) attendu est de 3,9%, soit 235 000 femmes chaque année ; des lésions précancéreuses ou cancéreuses concerneront plus de 31 000 femmes. Cependant, au regard de la raréfaction des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes seront de plus en plus souvent impliqués dans le parcours de soins de ces femmes. Il est donc essentiel que ce programme s'accompagne d'une diffusion de recommandations actualisées sur la conduite à tenir devant une cytologie anormale pour garantir des attitudes thérapeutiques adaptées.

En 2002, des recommandations sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale ont été élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Depuis, de nouveaux systèmes de détection des HPV ont été développés et sont dorénavant disponibles (tests de détection, de génotypage et tests d'hybridation en milieu liquide), et le double immunomarquage p16^{INK4A}/Ki67 a été testé dans quelques études. Ces tests pourraient permettre de trier, parmi les femmes avec une cytologie anormale, celles présentant un risque d'évolution vers une lésion cancéreuse et qui nécessitent des examens plus poussés, de celles ne nécessitant qu'un suivi. Enfin, les données publiées depuis 2002 permettent également d'avoir un meilleur recul sur les différentes stratégies de surveillance, une meilleure connaissance de l'efficacité des différentes approches diagnostiques ou thérapeu-

tiques disponibles et une meilleure évaluation de la morbidité notamment obstétricale des différents traitements.

Les questions posées devant la découverte d'anomalies à la cytologie sont celles de la stratégie diagnostique et thérapeutique afin d'éviter l'évolution vers une lésion cancéreuse. L'Institut national du cancer, par ses missions d'information des professionnels, met à disposition des professionnels des recommandations actualisées sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie anormale en précisant les indications d'utilisation des différentes options thérapeutiques, pour éviter les conisations en excès et minimiser le surtraitement (Action 1.3. du Plan cancer 2014-2019).

Cette brochure reprend les principaux éléments présentés dans le thésaurus, disponible en téléchargement sur le site e-cancer.fr.

OBJECTIFS ET CIBLES

Ces recommandations nationales sont destinées aux professionnels impliqués dans le parcours de soins des femmes confrontées à cette situation (notamment aux gynécologues, médecins généralistes, colposcopistes, anatomocytopathologistes, virologues, microbiologistes et sages-femmes).

Il est rappelé que les recommandations ne permettent pas d'envisager l'ensemble des situations cliniques et ne peuvent donc se substituer au jugement et à la responsabilité du médecin vis-à-vis de sa patiente.

Les patientes concernées par ces recommandations sont celles éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, immuno-compétentes et âgées de 25 à 65 ans. Dans l'état actuel des connaissances, la conduite à tenir sera la même pour les femmes vaccinées ou non.

En revanche, les femmes immunodéprimées ne sont pas concernées par ces recommandations. La mise à jour du rapport Morlat 2016 sur la « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH » (document en cours d'élaboration à la DGS) comprendra une partie sur la cytologie anormale chez les femmes infectées par le VIH.

RECOMMANDATIONS

MESSAGES GÉNÉRAUX

Les différentes conduites à tenir selon les situations cytologiques ou histologiques initiales sont présentées de manière schématique dans les arbres de décision. **Néanmoins quelques messages généraux peuvent être retenus.**

Le test HPV peut être réalisé :

- soit par un test HPV réflexe (à partir du frottis initial) si le frottis initial a été réalisé en milieu liquide ;
- soit, à l'aide d'un second prélèvement en milieu dédié, si le frottis initial était sur lame. Dans ce cas, la répétition de l'examen cytologique n'est pas nécessaire. Il est possible d'éviter une deuxième consultation en prescrivant le test HPV à réaliser dans un laboratoire de biologie médicale.

De manière générale :

- à l'issue d'un résultat de test HPV négatif, une cytologie est recommandée à 3 ans ;
- à l'issue d'un résultat de double immunomarquage négatif, une cytologie est recommandée à 12 mois ;
- à l'issue d'un résultat de cytologie normale (effectuée après la cytologie anormale initiale), une cytologie est recommandée à 12 mois ;
- à l'issue d'un résultat de test HPV (tout type de génotype haut risque) positif ou de double immunomarquage positif ou de cytologie anormale (effectuée après la cytologie anormale initiale), une colposcopie est recommandée avec prélèvement biopsique si une anomalie est identifiée ;
- il est rappelé qu'en cas de colposcopie (satisfaisante (ZT1 ou ZT2) ou non satisfaisante (ZT3)), l'exploration du vagin doit être systématique.

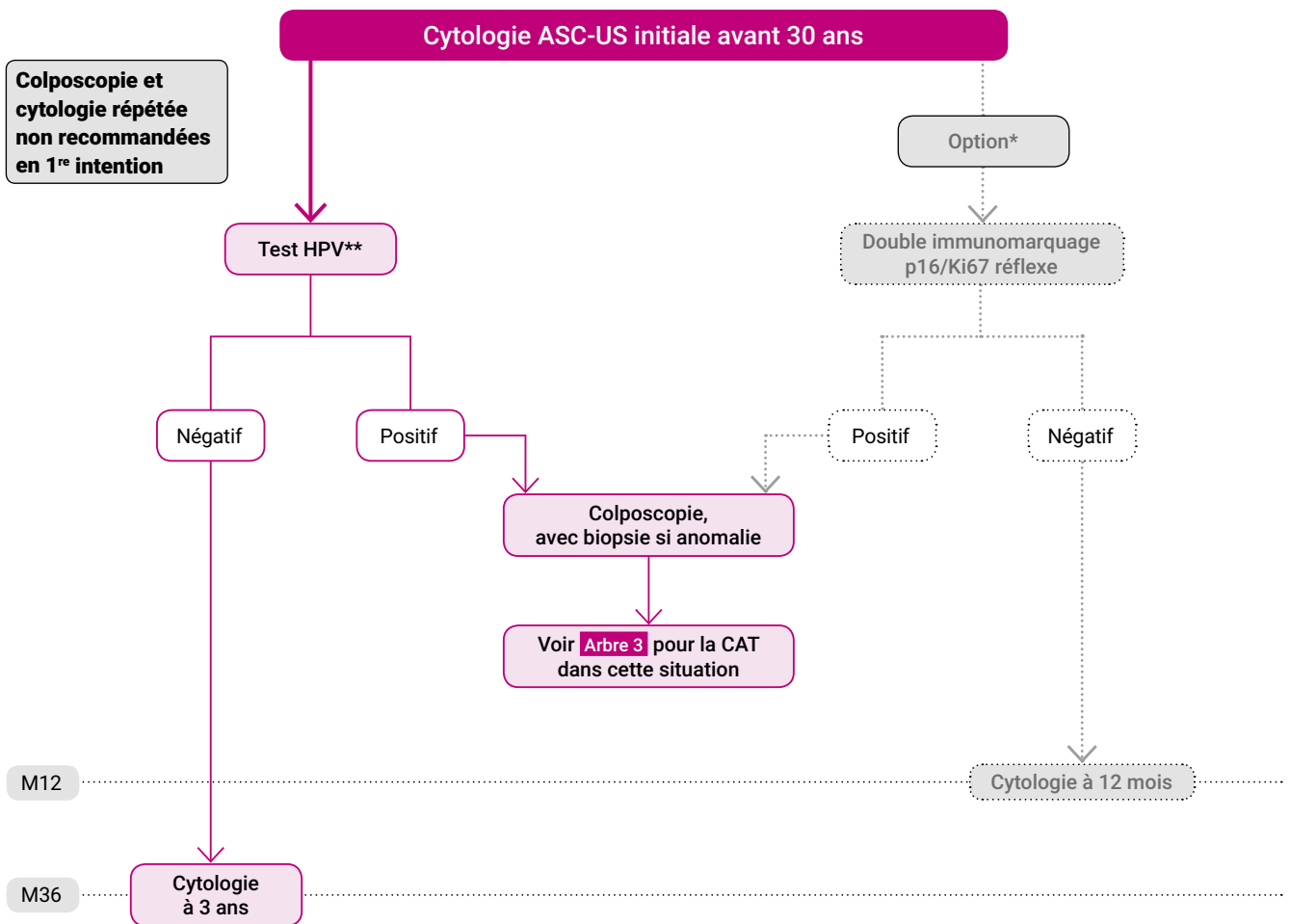
Enfin, il est à noter que les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont pas été évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES en 2002.

**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

Arbre 1	Cytologie ASC-US initiale (1) : conduite de première intention à tenir avant 30 ans	10
Arbre 2	Cytologie ASC-US initiale (2) : conduite de première intention à tenir après 30 ans	12
Arbre 3	Cytologie ASC-US initiale (3) : conduite à tenir après test HPV ou double immunomarquage positif	14
Arbre 4	Cytologie ASC-H initiale (1) : conduite à tenir de première intention	16
Arbre 5	Cytologie ASC-H initiale (2) : conduite à tenir après colposcopie non satisfaisante	18
Arbre 6	Cytologie LSIL initiale (1) : conduite à tenir en première intention	20
Arbre 7	Cytologie LSIL initiale (2) : conduite à tenir à partir de la colposcopie	22
Arbre 8	Cytologie AGC initiale	24
Arbre 9	Cytologie HSIL initiale	26
Arbre 10	Cytologie ASC-US ou LSIL découverte en cours de grossesse	28
Arbre 11	Cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte en cours de grossesse	30

ARBRE 1 Cytologie ASC-US initiale (1) : conduite de première intention à tenir **avant 30 ans**



* Possible uniquement si frottis initial en milieu liquide.

** Par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame.

**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

**Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques
de signification indéterminée (ASC-US)**

ARBRE 1 Cytologie ASC-US initiale (1) : conduite de
première intention à tenir avant 30 ans

ARBRE 2 Cytologie ASC-US initiale (2) : conduite de première intention à tenir après 30 ans

Colposcopie et cytologie répétée non recommandées en 1^{re} intention

Cytologie ASC-US initiale après 30 ans

Test HPV*

Négatif

Positif

Colposcopie, avec biopsie si anomalie

Voir Arbre 3 pour la CAT dans cette situation

Cytologie à 3 ans

M36

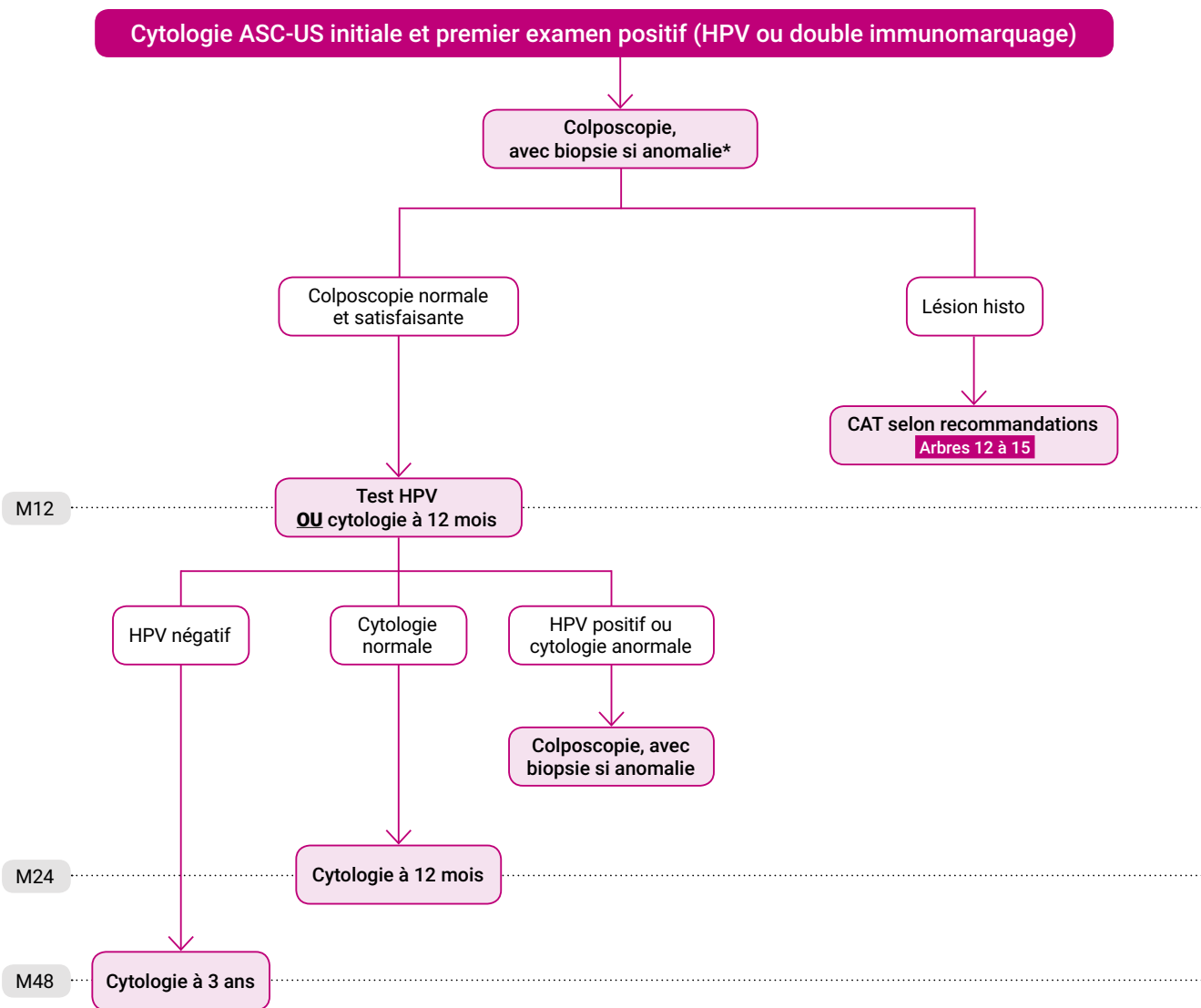
* Par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame.

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASC-US)

ARBRE 2 Cytologie ASC-US initiale (2) : conduite de
première intention à tenir après 30 ans

ARBRE 3 Cytologie ASC-US initiale (3) : conduite à tenir après test HPV ou double immunomarquage positif



Lésion histo = lésion histologique d'après biopsie.

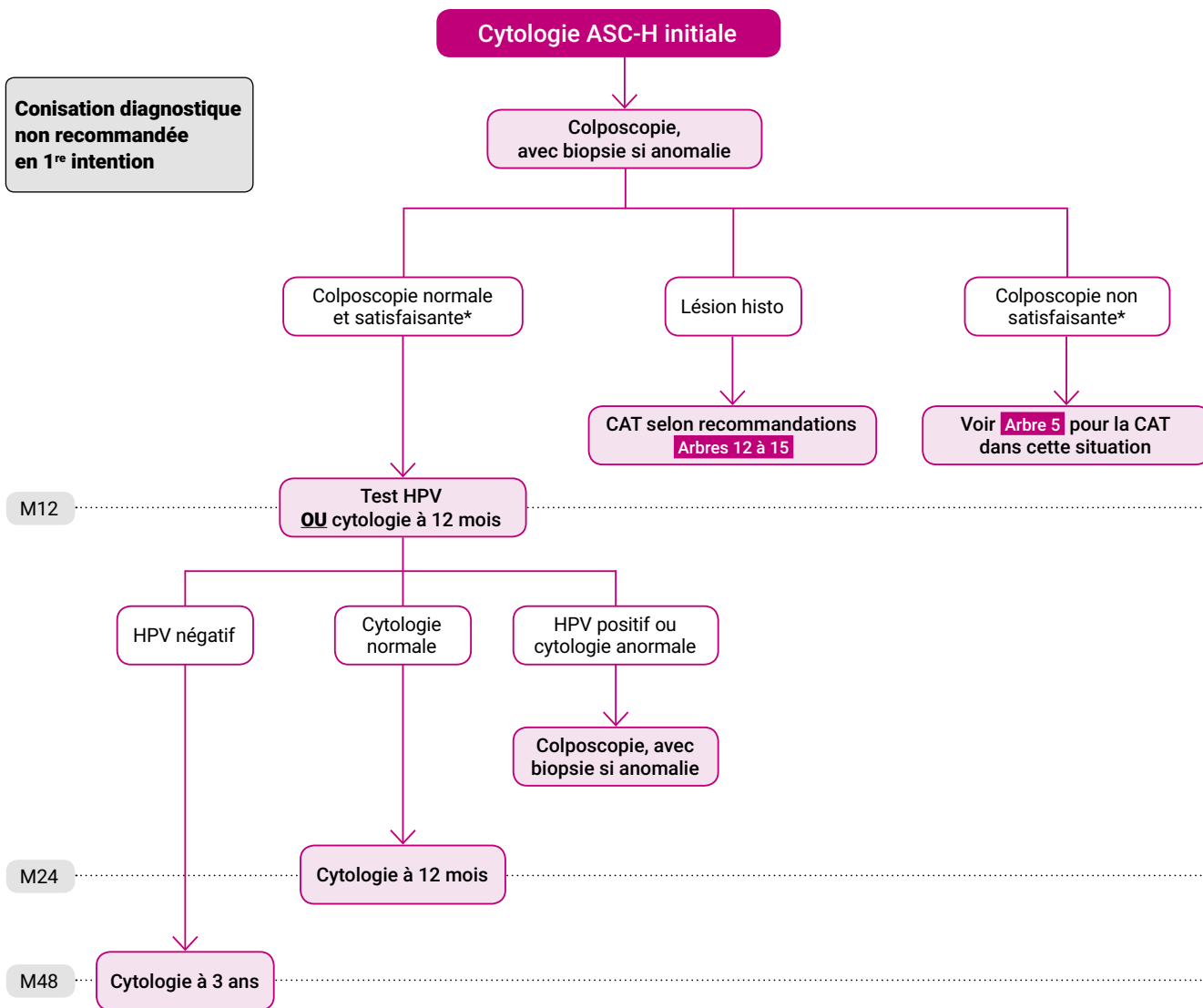
* Si la colposcopie est non satisfaisante (ZT3), un contrôle colposcopique après préparation et/ou un curetage de l'endocol doivent être proposés (en dehors de la grossesse). Une conisation diagnostique de première intention n'est pas recommandée.

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASC-US)

ARBRE 3 Cytologie ASC-US initiale (3) : conduite à tenir
après test HPV ou double immunomarquage
positif

ARBRE 4 Cytologie ASC-H initiale (1) : conduite à tenir de première intention



Lésion histo = lésion histologique d'après biopsie.

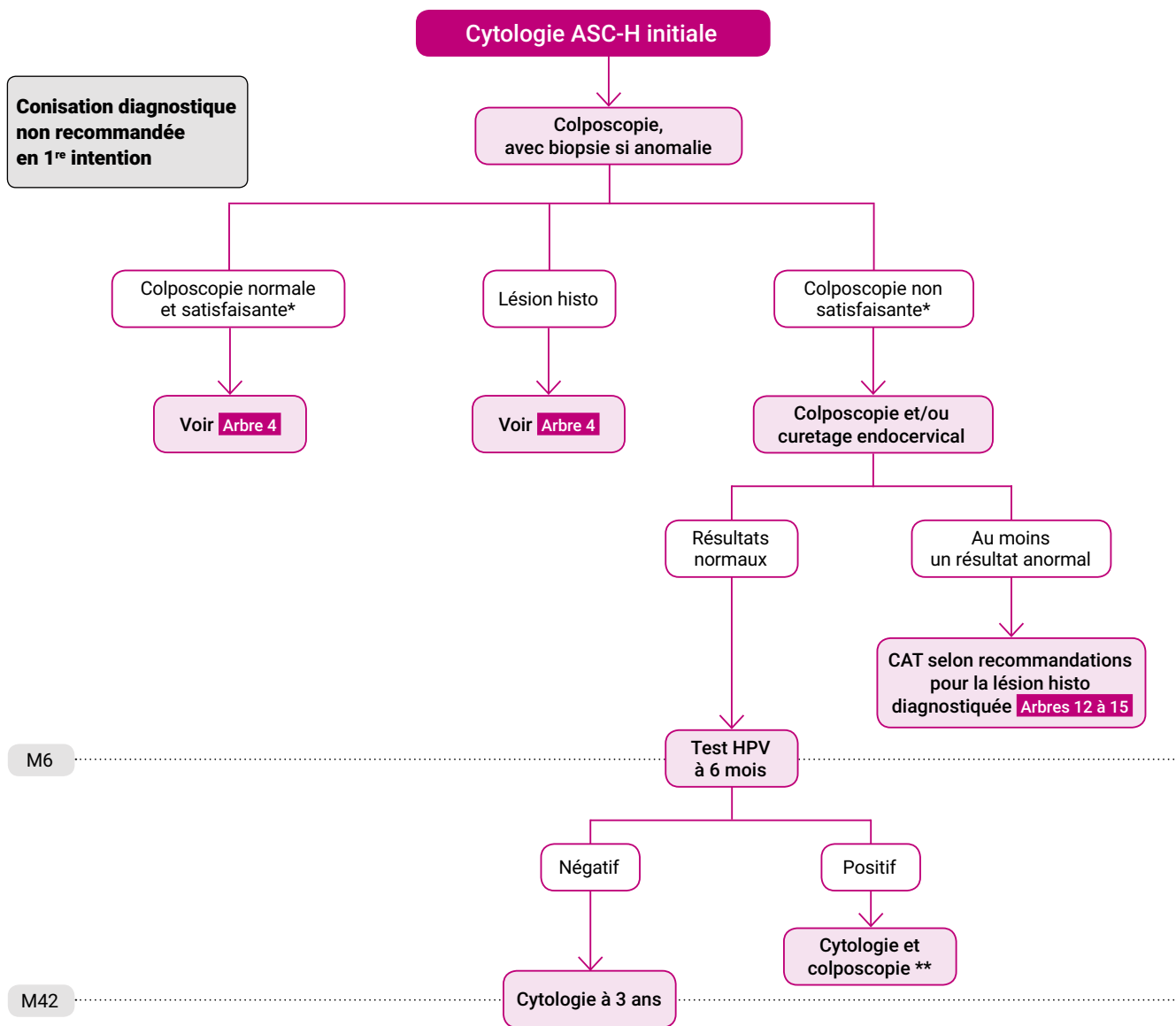
* Il est rappelé qu'en cas de colposcopie satisfaisante (ZT1 ou ZT2) et normale ou non satisfaisante (ZT3), l'exploration du vagin doit être systématiquement réalisée.

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

**Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques
ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne
intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)**

ARBRE 4 Cytologie ASC-H initiale (1) : conduite à tenir
de première intention

ARBRE 5 Cytologie ASC-H initiale (2) : conduite à tenir après colposcopie non satisfaisante



Lésion histo = lésion histologique d'après biopsie.

* Il est rappelé qu'en cas de colposcopie satisfaisante (ZT1 ou ZT2) et normale ou non satisfaisante (ZT3), l'exploration du vagin doit être systématiquement réalisée.

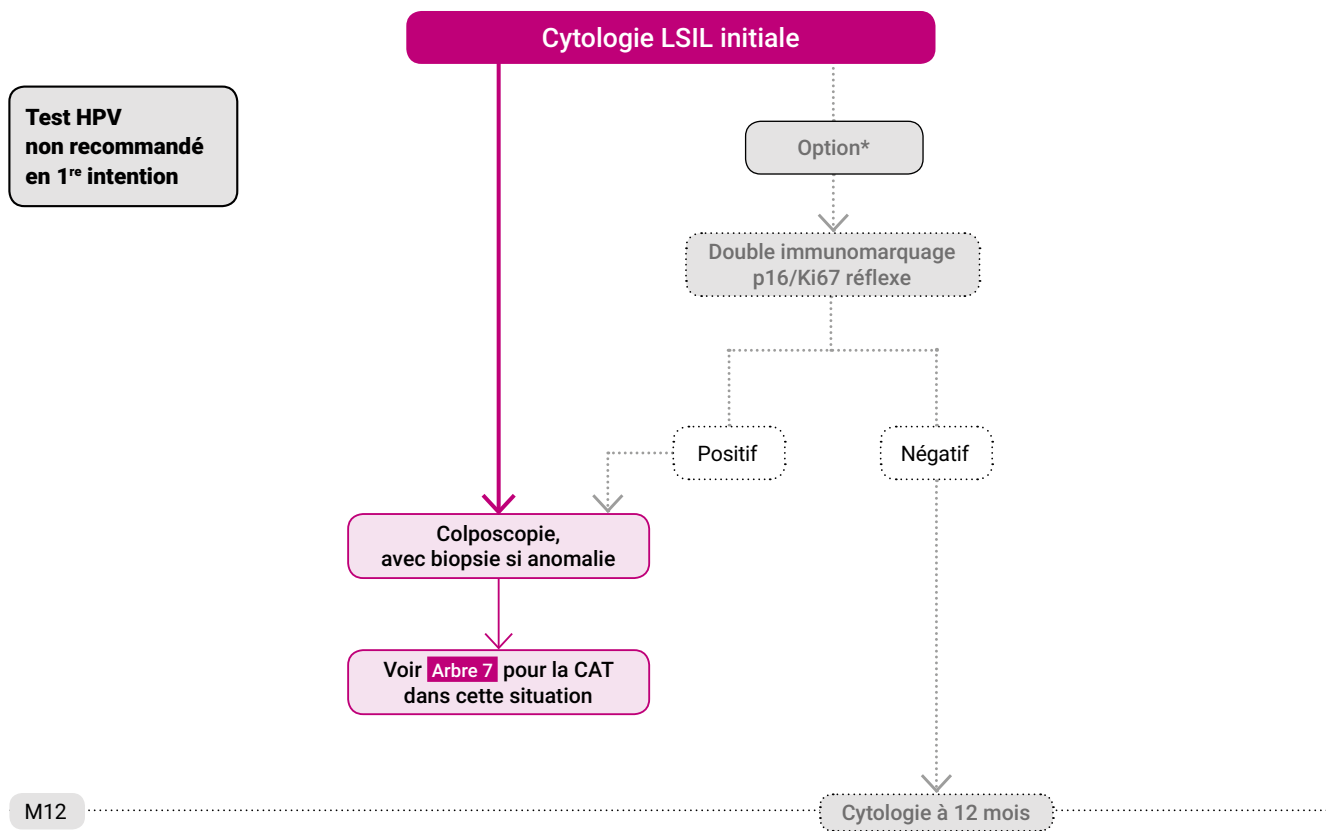
** En cas de persistance d'anomalie cytologique et de colposcopie non satisfaisante, la conisation diagnostique peut être proposée.

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

**Cytologie avec cellules malpighiennes atypiques
ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne
intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)**

ARBRE 5 Cytologie ASC-H initiale (2) : conduite à tenir
après colposcopie non satisfaisante

ARBRE 6 Cytologie LSIL initiale (1) : conduite à tenir en première intention



En cas d'impossibilité de réaliser une colposcopie ou un double immunomarquage, une cytologie peut être proposée à 12 mois, avec contrôle à 24 mois.

Dès la deuxième anomalie à la cytologie, la colposcopie devient indispensable.

* Possible uniquement si frottis initial en milieu liquide.

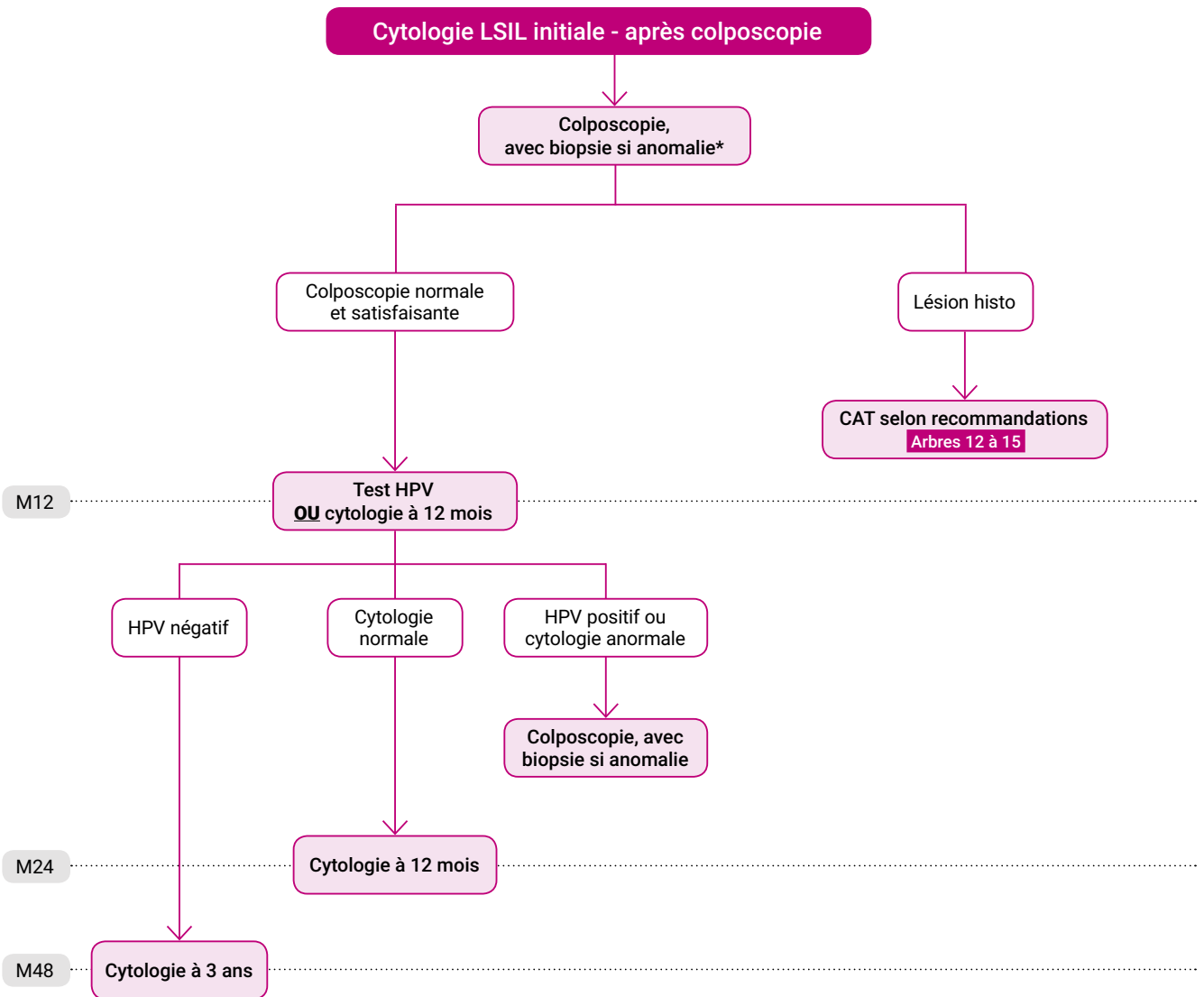
**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

**Cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale
de bas grade (LSIL)**

ARBRE 6 Cytologie LSIL initiale (1) : conduite à tenir
en première intention

ARBRE 7 Cytologie LSIL initiale (2) : conduite à tenir à partir de la colposcopie



Lésion histo = lésion histologique d'après biopsie.

* Si la colposcopie est non satisfaisante (ZT3), un contrôle colposcopique après préparation et/ou un curetage de l'endocol doivent être proposés (en dehors de la grossesse). Une conisation diagnostique de première intention n'est pas recommandée.

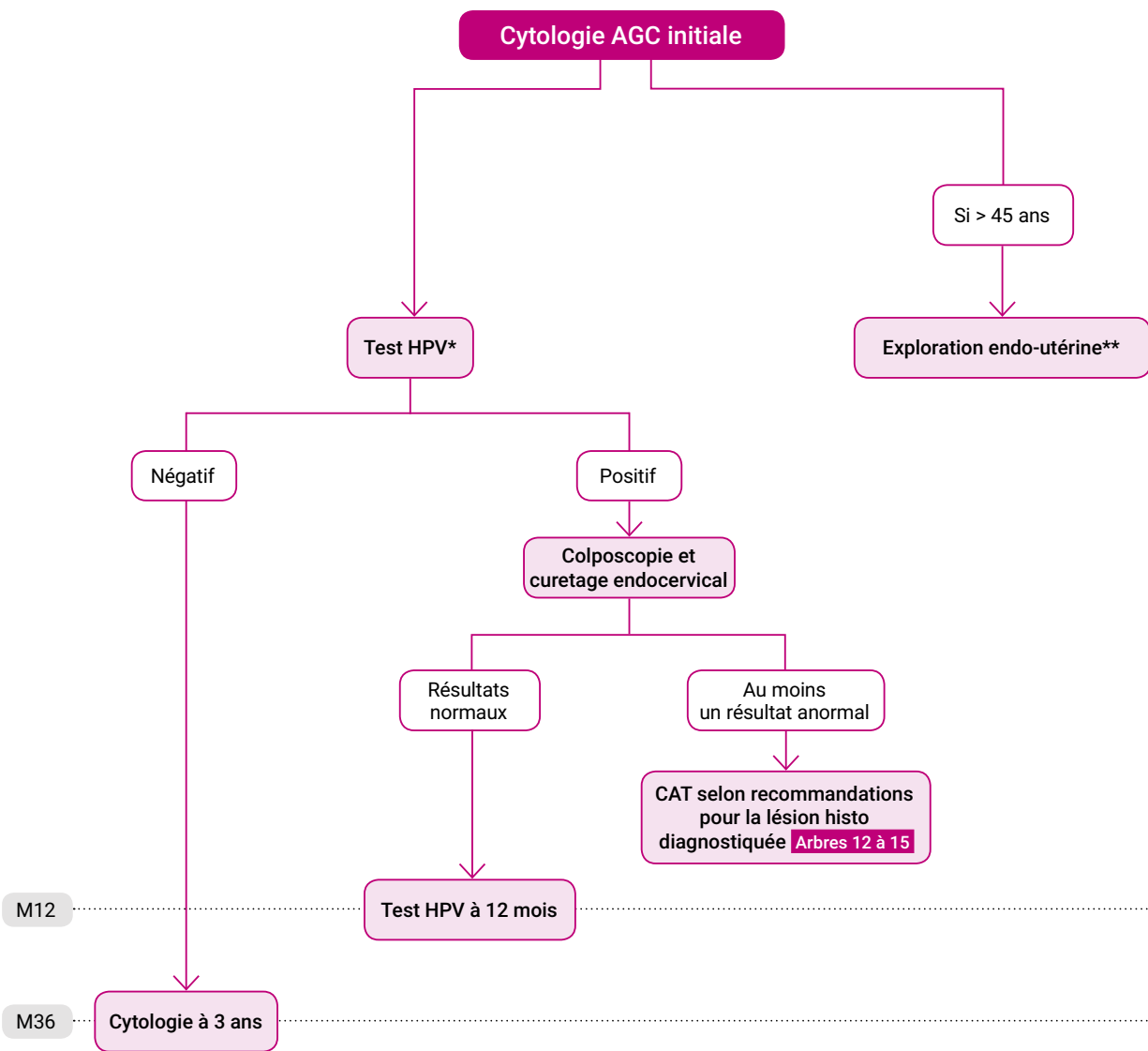
**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

**Cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale
de bas grade (LSIL)**

ARBRE 7 Cytologie LSIL initiale (2) : conduite à tenir
à partir de la colposcopie

ARBRE 8 Cytologie AGC initiale



Lésion histo = lésion histologique d'après biopsie.

* Par test réflexe si frottis initial en milieu liquide, après second prélèvement en milieu dédié si frottis initial sur lame.

** Échographie pelvienne et biopsie endométriale ; à réaliser en plus du test HPV.

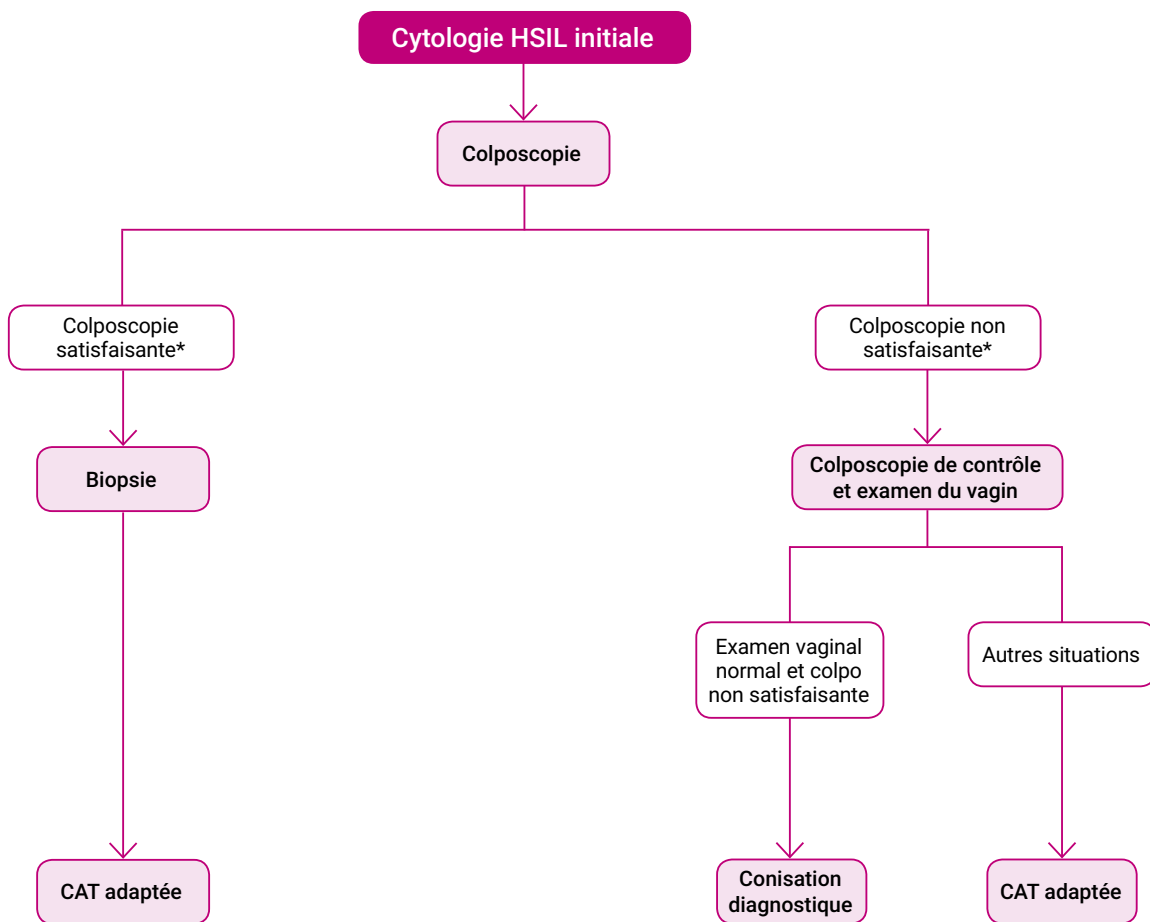
**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

Cytologie avec anomalies des cellules glandulaires (AGC)

ARBRE 8 Cytologie AGC initiale

ARBRE 9 Cytologie HSIL initiale



Colpo = colposcopie.

* Il est rappelé qu'en cas de colposcopie satisfaisante (ZT1 ou ZT2) ou non satisfaisante (ZT3), l'exploration du vagin doit être systématique.

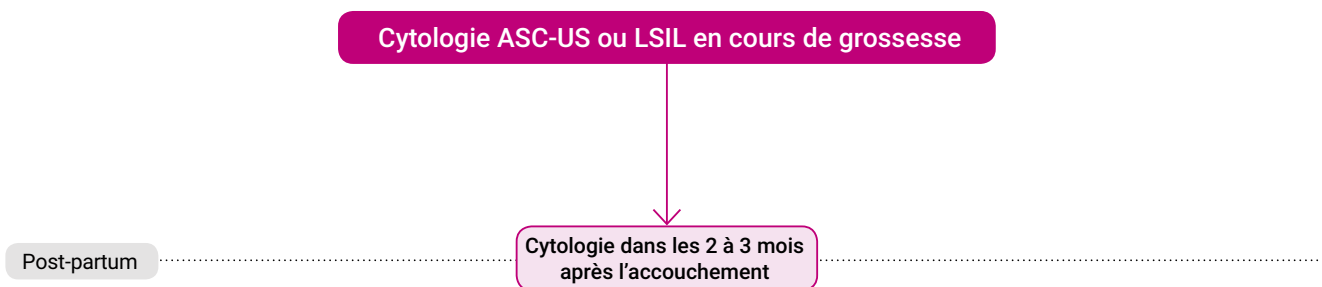
CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

**Cytologie avec lésion malpighienne intra-épithéliale
de haut grade (HSIL)**

ARBRE 9 Cytologie HSIL initiale

ARBRE 10 Cytologie ASC-US ou LSIL découverte
en cours de grossesse



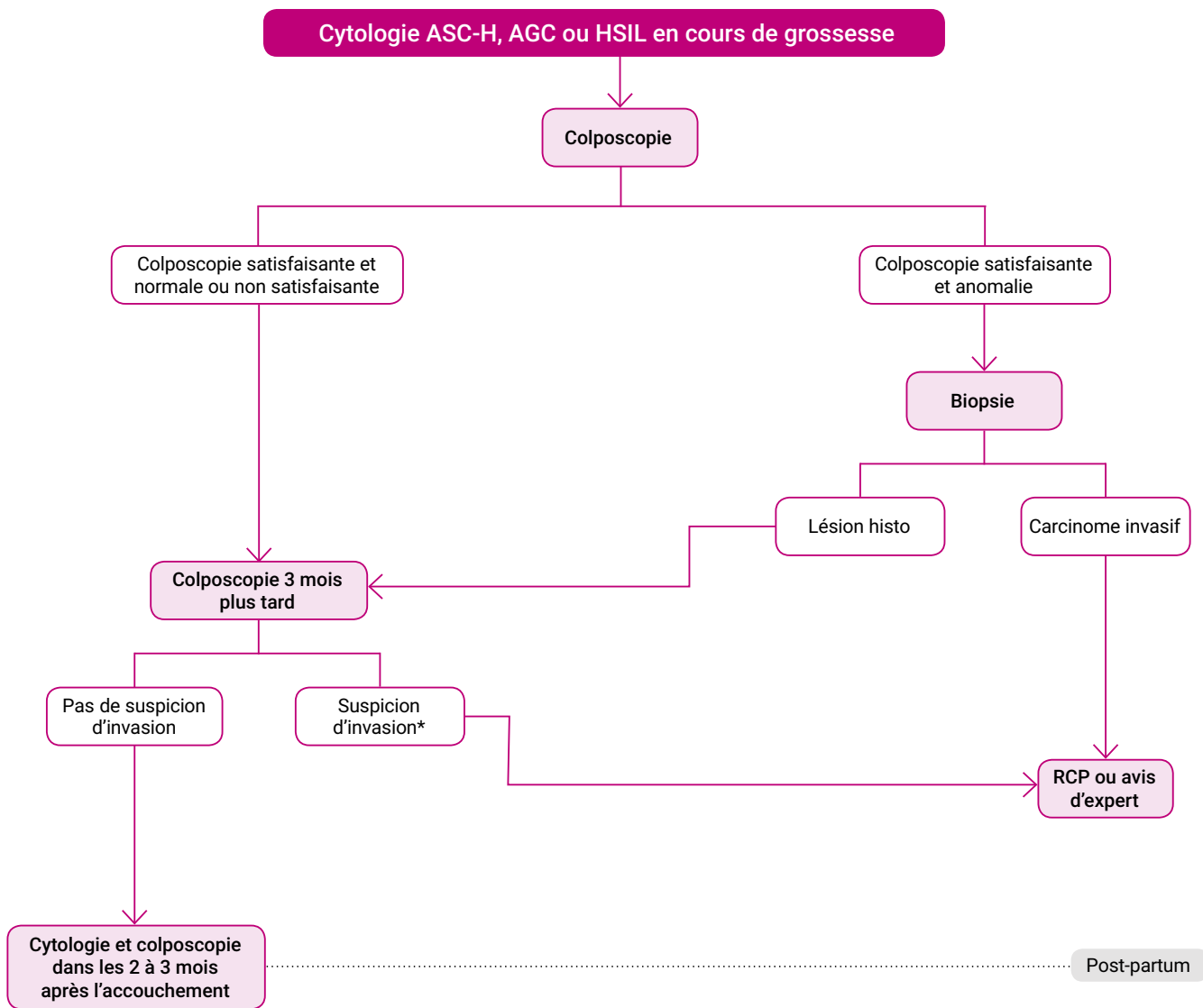
**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

Cytologie anormale pendant la grossesse

ARBRE 10 Cytologie ASC-US ou LSIL découverte
en cours de grossesse

ARBRE 11 Cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte en cours de grossesse



Lésion histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale d'après biopsie.

* Dans cette situation, il est recommandé de réaliser une nouvelle biopsie.

**CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT
UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE**

CONDUITE DIAGNOSTIQUE

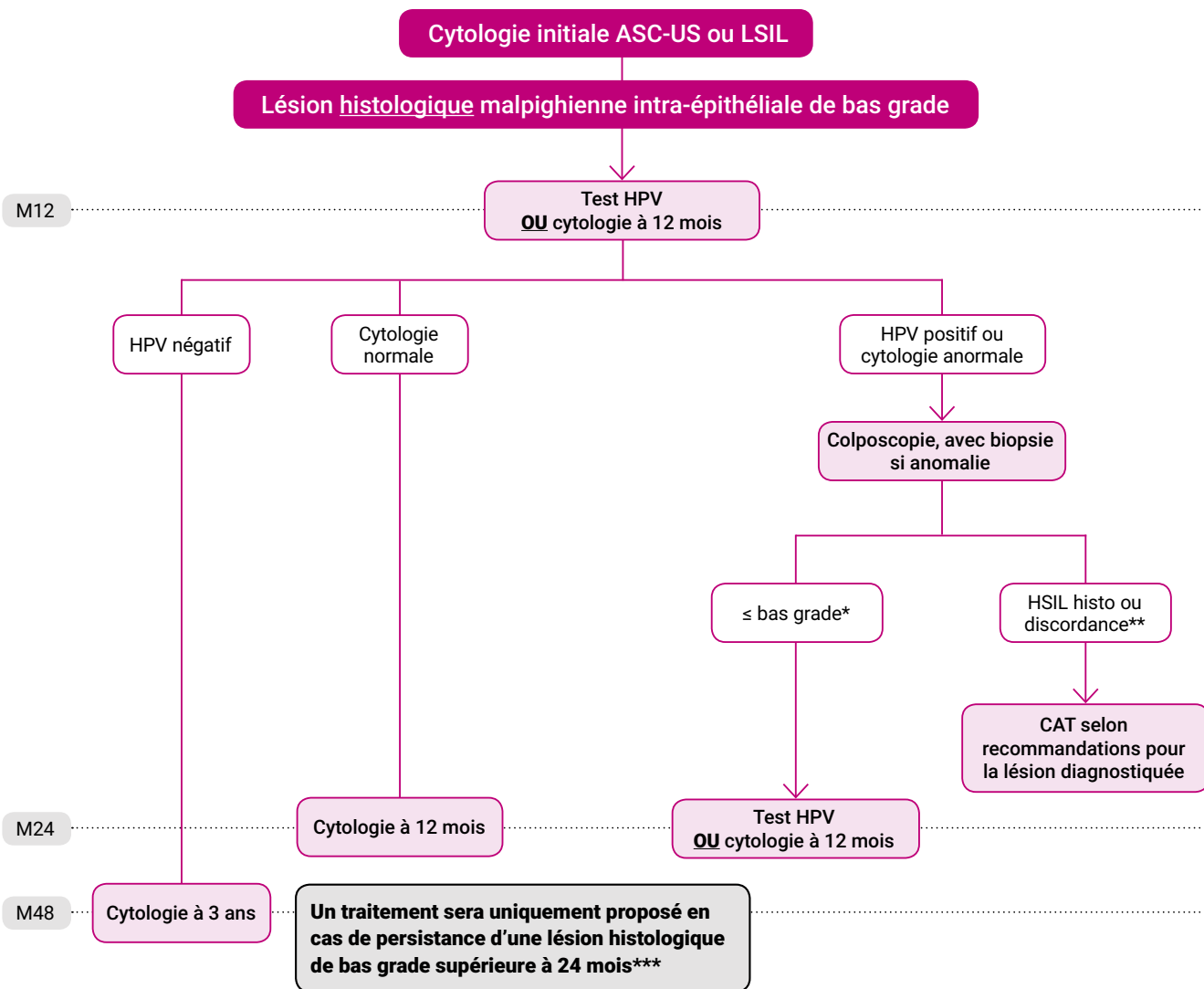
Cytologie anormale pendant la grossesse

ARBRE 11 Cytologie ASC-H, AGC ou HSIL découverte
en cours de grossesse

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Arbre 12	Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade après cytologie initiale ASC-US ou LSIL	34
Arbre 13	Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade après cytologie initiale ASC-H, AGC ou HSIL	36
Arbre 14	Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade	38
Arbre 15	Adénocarcinome <i>in situ</i> histologique confirmé	40

ARBRE 12 Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade après cytologie initiale ASC-US ou LSIL



HSIL histo = lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade.

* ≤ bas grade = colposcopie satisfaisante et normale ou lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade.

** Discordance = cytologie de haut grade et biopsie de bas grade.

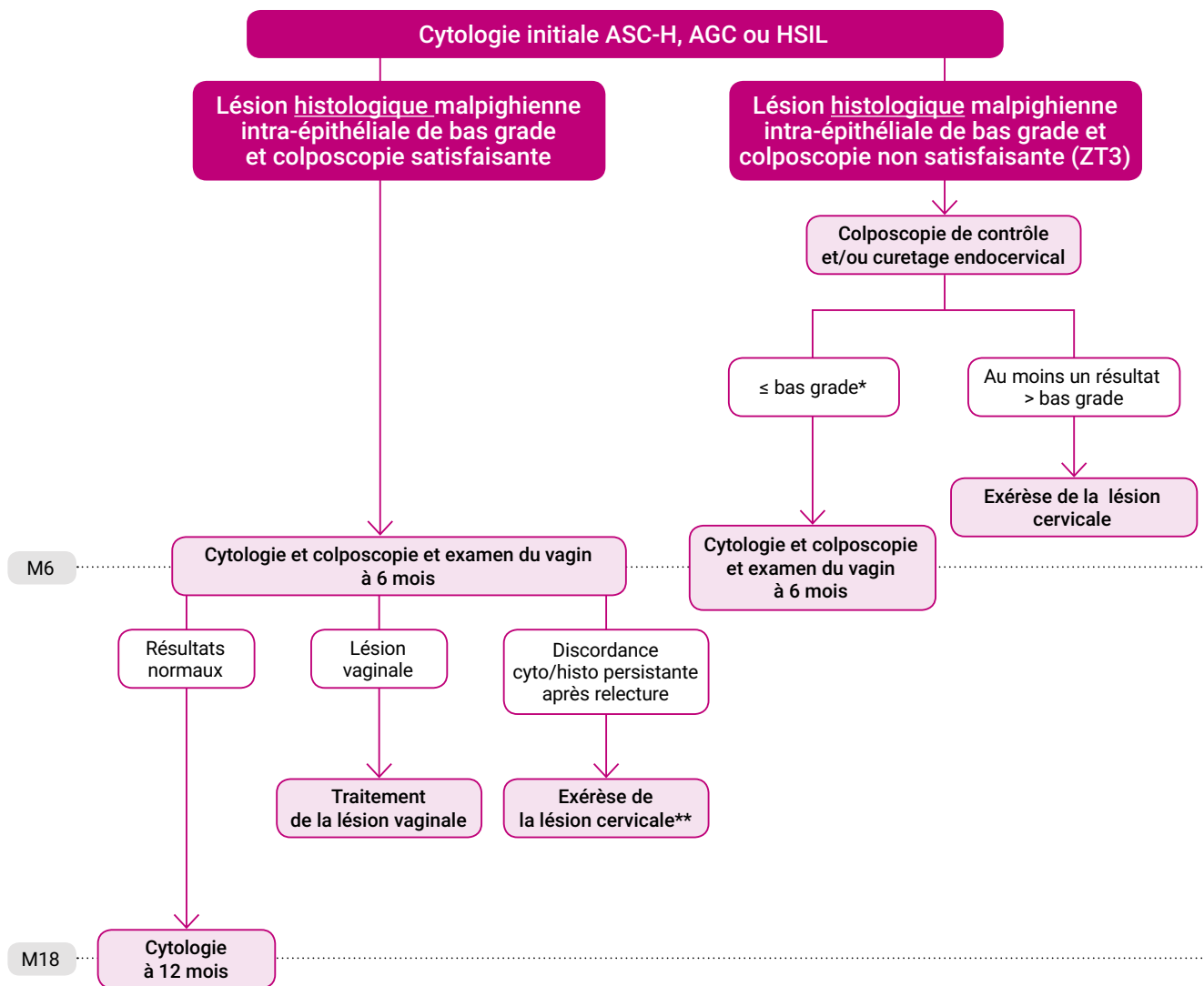
*** Une méthode de destruction sera proposée de façon préférentielle (en raison de l'absence de conséquences obstétricales significatives). La conisation n'est pas systématique, il est possible de continuer la surveillance.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade

ARBRE 12 Lésion histologique malpighienne
intra-épithéliale de bas grade après cytologie
initiale ASC-US ou LSIL

ARBRE 13 Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade après cytologie initiale ASC-H, AGC ou HSIL



Cyto = cytologie ; histo = histologie.

* ≤ bas grade = colposcopie satisfaisante et normale ou lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade.

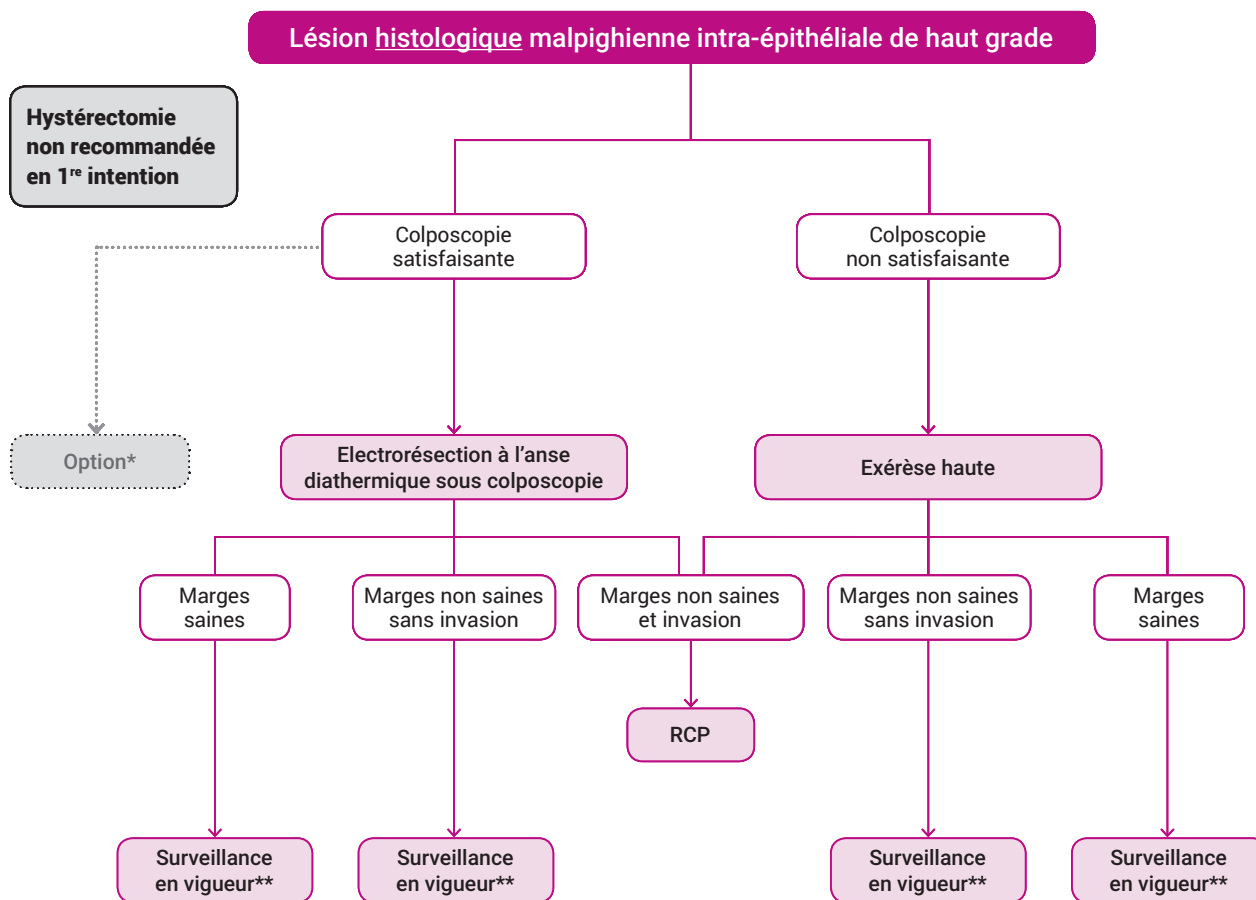
** Exérèse recommandée par électrorésection à l'anse diathermique sous contrôle colposcopique.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade

ARBRE 13 Lésion histologique malpighienne
intra-épithéliale de bas grade après cytologie
initiale ASC-H, AGC ou HSIL

ARBRE 14 Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de haut grade



* Option : si la lésion présente un aspect colposcopique sans aucun signe d'invasion, est peu étendue et si la jonction pavimonto-cylindrique est vue, une destruction ou une abstention-surveillance peut être proposée chez une patiente âgée de moins de 30 ans, consentante et acceptant le principe d'une surveillance régulière (par cytologie et colposcopie +/- biopsie tous les 6 mois pendant 2 ans maximum).

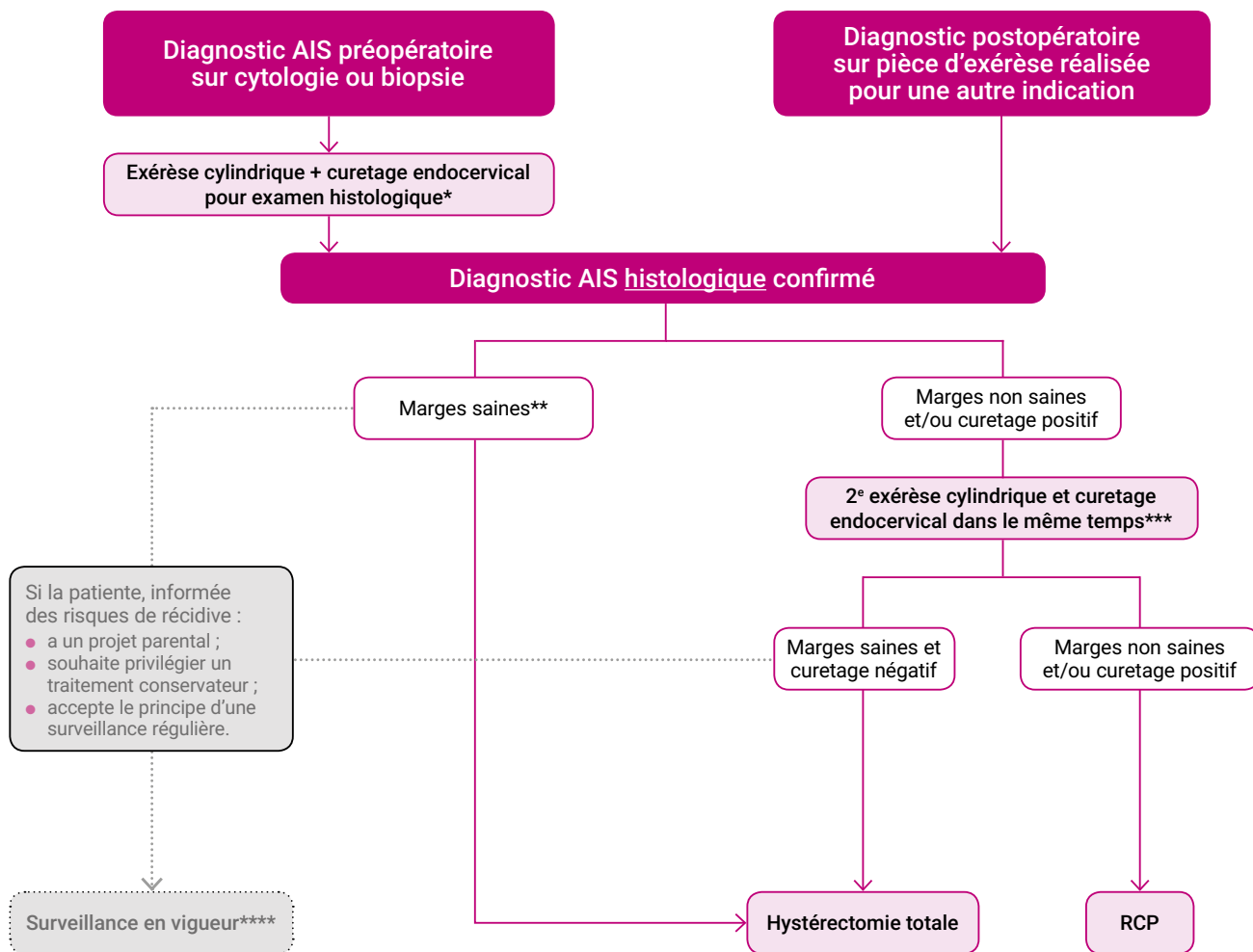
** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont été pas évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

**Lésion histologique malpighienne intra-épithéliale
de haut grade**

ARBRE 14 Lésion histologique malpighienne
intra-épithéliale de haut grade

ARBRE 15 Adénocarcinome *in situ* histologique confirmé



* Cylindrectomie par électroréssection à l'anse diathermique ou conisation au bistouri froid. Hystérectomie non recommandée en raison du risque de sous-traitement en cas d'invasion méconnue.

** Marge saine = absence de lésion au contact des berges (latérales, endo et exocervicales). Il n'existe pas de définition précisant la distance minimale de la lésion par rapport aux berges.

*** Afin d'éliminer une éventuelle lésion invasive résiduelle.

**** Les modalités de surveillance post-thérapeutique n'ont pas été évaluées dans ce document. Dans l'attente de leur mise à jour, les recommandations en vigueur sont donc celles de l'ANAES de 2002.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Adénocarcinome *in situ* (AIS)

ARBRE 15 Adénocarcinome *in situ* histologique confirmé

MÉTHODE

MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

La méthode d'élaboration des recommandations est détaillée dans le thésaurus, disponible en téléchargement sur le site de l'INCa.

Elle a reposé :

- sur l'analyse critique des meilleures données scientifiques disponibles permettant d'attribuer un niveau de preuve aux conclusions issues de la littérature ;
- et sur l'avis argumenté des experts du groupe de travail.

Une recherche bibliographique systématique a été réalisée sur la période comprise entre le 1^{er} janvier 2002 et le 6 janvier 2016. La recherche bibliographique, l'analyse méthodologique et la synthèse des données scientifiques ont été réalisées par l'INCa, avec l'appui du groupe de travail. Les recommandations ont été formulées par le groupe de travail pluridisciplinaire sous la coordination de l'INCa. Les recommandations ont ensuite été évaluées par un panel de relecteurs indépendants du groupe de travail au moyen d'évaluations quantitatives (cotations) et qualitatives (commentaires). Les membres du groupe de travail ont enfin revu les commentaires colligés afin de finaliser le document lors d'une dernière réunion.

GRADATION DES RECOMMANDATIONS

Deux niveaux de gradation pour la formulation des recommandations sont proposés :

- par défaut, la recommandation formulée est l'attitude clinique reconnue à l'unanimité comme l'attitude clinique de référence par les experts ;
- si une attitude clinique a été jugée acceptable sur la base des données de la littérature et de l'avis d'experts, mais n'est pas reconnue à l'unanimité comme l'attitude clinique de référence, il est indiqué qu'elle peut être discutée/proposée (« option » dans les recommandations).

NIVEAU DE PREUVE

Le niveau de preuve correspond à la cotation des données de la littérature sur lesquelles reposent les recommandations formulées. Il est fonction du type et de la qualité des études disponibles, ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats. Le détail des niveaux de preuves utilisés est présenté dans le thésaurus.

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL ET DISPOSITIF DE PRÉVENTION DES CONFLITS D'INTÉRÊT

Ces recommandations nationales ont été produites en collaboration avec un groupe de travail pluridisciplinaire représentatif des spécialités et modes d'exercice concernés par le suivi et le traitement des patientes ayant une cytologie anormale.

Les experts de ce groupe de travail ont été nommés par l'INCa à partir des propositions des sociétés savantes sollicitées (SFCCPCV, CNGOF, FNCGM, SFCC, SFP, CNR HPV, SFM, CMG, CNSF, ACORDE) ou après appel à experts publié sur le site internet de l'INCa, et après analyse de leur déclaration d'intérêts selon la grille de dépistage des conflits d'intérêt prévue par le dispositif de prévention des conflits d'intérêt de l'INCa. La composition du groupe de travail et les déclarations publiques d'intérêts de tous ses membres sont disponibles sur le site internet de l'INCa.

QUALITÉ DES TESTS RÉALISÉS

En amont du travail d'analyse de la littérature sur la mise à jour de ces recommandations, le groupe de travail a considéré important de rappeler quelques principes permettant de garantir une bonne qualité des examens recommandés. Ces principes se basent sur les avis des sociétés savantes françaises compétentes sur chaque sujet. Ces éléments sont présentés dans un document spécifique, disponible en téléchargement sur le site de l'INCa.

GROUPE DE TRAVAIL, COORDINATION ET EXPERTS RELECTEURS

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

- **BERGERON Christine**, anatomopathologiste,
Laboratoire Cerba, Cergy Pontoise (coordonnateur
scientifique) (excepté pour les deux options concernant
la place du double immunomarquage dans le triage
des cytologies ASC-US et LSIL)
- **COCHAND-PRIOUET Béatrix**, anatomopathologiste,
Hôpital Cochin, Paris (coordonnateur scientifique),
intégration du groupe en mai 2015
- **DALSTEIN Véronique**, biologiste moléculaire,
CHU, Reims (coordonnateur scientifique)
- **MERGUI Jean-Luc**, gynécologue,
Hôpital Pitié Salpêtrière/Cabinet libéral, Paris
(coordonnateur scientifique)
- **BRUN Jean-Luc**, gynécologue,
CHU, Bordeaux
- **CARCOPINO Xavier**, gynécologue,
Hôpital Nord, Marseille
- **CARTIER Isabelle**, anatomopathologiste,
Laboratoire Cartier, Paris
- **COURTADE-SAIDI Monique**, anatomopathologiste,
CHU, Toulouse
- **FENDER Muriel**, médecin de santé publique,
Association EVE, Illkirch
- **GAILLOT Alain**, anatomopathologiste,
Cabinet Sipath-Unilabs, Clermont-Ferrand
- **GARRIGUE Isabelle**, virologue,
CHU, Bordeaux
- **GRAESSLIN Olivier**, gynécologue,
CHU, Reims, intégration du groupe en juin 2015
- **HEARD Isabelle**, gynécologue,
Institut Pasteur, Paris
- **LAUDE Hélène**, virologue,
Institut Pasteur, Paris, intégration du groupe en mai 2015
- **LEVEQUE Jean**, gynécologue,
CHU/Centre Eugène Marquis, Rennes
- **MOUSTEOU Françoise**, gynécologue,
Cabinet libéral, Cagnes-sur-Mer

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE

- **SENGCHANH Somany**, médecin coordonnateur,
Centre de Coordination des Dépistages des Cancers,
CHRU, Tours

Démissions du groupe de travail

Ces démissions sont intervenues avant la première réunion du groupe sur le travail de formulation des recommandations

- **DARAÏ Emile**, gynécologue, Paris, démission en mars 2015
- **DI PATRIZIO Paolo**, médecin généraliste,
Dombasle sur Meurthe, démission en mars 2015
- **HALFON Philippe**, virologue, Marseille,
démission en mars 2015
- **VACHER-LAVENU Marie-Cécile**, anatomopathologiste, Paris
(coordinatrice scientifique jusqu'à sa démission du groupe
de travail), démission en mars 2015
- **GANTOIS Adrien**, sage-femme, Cabinet libéral,
Le Pré Saint-Gervais, démission en octobre 2014

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Coordination par le Département Bonnes Pratiques, Direction des Recommandations et du Médicament

- **MOROIS Sophie**, chef de projet (depuis mars 2015)
- **ROUE Tristan**, chef de projet (depuis janvier 2016)
- **PLANCHAMP François**, chargé de projet
(jusqu'en décembre 2014)
- **DE PERETTI Camille**, documentaliste
- **DUPERRAY Marianne**, responsable de département
(depuis juin 2016)
- **SCEMAMA Olivier**, responsable de département
(entre septembre 2014 et décembre 2015)
- **VERDONI Laetitia**, responsable de département
(jusqu'en mai 2014)
- **DAHAN Muriel**, directrice de la Direction Recommandations
et du Médicament (depuis octobre 2016)
- **BELORGEY Chantal**, directrice de la Direction
Recommandations, Médicament et Qualité de l'expertise
(entre janvier 2015 et juin 2016)
- **MAZEAU-WOYNAR Valérie**, directrice de la Direction
Recommandations et Qualité de l'expertise
(jusqu'à octobre 2014)

EXPERTS RELECTEURS

La liste des relecteurs est disponible dans le thésaurus téléchargeable sur le site de l'INCa.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviations correspondant à la terminologie Bethesda 2014 pour désigner les résultats de cytologie anormale

- **AGC** : Atypical glandular cells (Atypies des cellules glandulaires)
- **AIS** : Endocervical adenocarcinoma *in situ* (Adénocarcinome endocervical *in situ*)
- **ASC-H** : Atypical squamous cells that cannot exclude HSIL (Cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)
- **ASC-US** : Atypical squamous cells of undetermined significance (Cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée)
- **HSIL** : High-grade squamous intraepithelial lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)
- **LSIL** : Low-grade squamous intraepithelial lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)
- **NILM** : Negative for intraepithelial lesion or malignancy (Négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne)

Autres abréviations

- **ACORDE** : Association des coordinateurs de structures de dépistage
- **ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **CAT** : conduite à tenir
- **CMG** : Collège de la médecine générale
- **CNGOF** : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- **CNR HPV** : Centre national de référence des papillomavirus humains
- **CNSF** : Collège national des sages-femmes
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **FNCGM** : Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HPV** : human papillomavirus
- **INCa** : Institut national du cancer

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE FEMME AYANT UNE CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE ANORMALE

- **RCP** : réunion de concertation pluridisciplinaire
- **SFCC** : Société française de cytologie clinique
- **SFCPCV** : Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale
- **SFM** : Société française de microbiologie
- **SFP** : Société française de pathologie
- **VIH** : virus de l'immunodéficience humaine
- **ZT1** : zone de transformation de type 1
(ligne de jonction totalement vue)
- **ZT2** : zone de transformation de type 2
(ligne de jonction vue mais endocervicale)
- **ZT3** : zone de transformation de type 3
(ligne de jonction non vue en totalité dans l'endocol)



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

Réalisation : BRIEF

Impression : Techniplan

ISBN : 978-2-37219-246-0

ISBN net : 978-2-37219-247-7

DEPÔT LÉGAL DÉCEMBRE 2016

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

RECOCUPL2016

e-cancer.fr

