

# Chapitre 10

## Eviter les erreurs lors de l'examen colposcopique du col et diagnostic colposcopique provisoire

- Afin d'éviter des erreurs de diagnostic colposcopique, il est indispensable de posséder de solides connaissances en matière d'anatomie, de physiopathologie et d'histoire naturelle des affections de l'appareil génital féminin.
- Il est également important de respecter de façon très stricte le protocole de diagnostic tout en ayant conscience des limites de la colposcopie.
- Une communication régulière entre pathologistes et cliniciens permet d'améliorer la qualité de l'examen colposcopique.
- Nous encourageons le diagnostic provisoire d'après les résultats de la colposcopie.

Pour réussir une colposcopie, il est indispensable de posséder de solides connaissances en physiopathologie et de comprendre l'histoire naturelle des affections de l'appareil génital féminin susceptibles d'être détectées par colposcopie, puis traitées. Il est tout aussi important de bien connaître l'instrumentation, les méthodes d'examen et la terminologie. Un bon jugement clinique permettra de diagnostiquer les néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN) avec un excellent degré de précision et d'écartier toute éventualité de cancer invasif. Il est bien entendu essentiel de respecter scrupuleusement les protocoles de diagnostic tout en ayant pleinement conscience des limites et des pièges de la colposcopie.

Le plus souvent, les erreurs sont le résultat d'une certaine ignorance et du non-respect des règles établies de la pratique et du protocole colposcopique. Une bon degré de formation, de l'expérience, de l'intérêt, et un protocole de diagnostic précis, réduiront les possibilités d'erreurs. Ces facteurs sont d'autant plus importants dans les pays aux ressources limitées où les opportunités d'échanges et de formation continue sont pratiquement inexistantes. Le colposcopiste doit essayer d'établir un diagnostic aussi précis que celui posé par l'histopathologiste à partir d'échantillons de conisation cervicale.

Le Tableau 10.1 présente un résumé des principales

sources d'erreurs lors de la colposcopie. Ainsi, une communication régulière entre pathologistes et cliniciens permet de corréler diagnostics colposcopiques et histologiques, et contribue à améliorer la qualité de la colposcopie. Il est également important pour le colposcopiste d'apprendre à faire des biopsies dirigées à partir de la (des) région(s) adéquate(s) dans la zone de remaniement, en utilisant une pince à biopsie sans écraser les tissus. Si la jonction pavimento-cylindrique est cachée dans le canal endocervical canal, il est nécessaire de pratiquer un curetage endocervical (CEC) ou de prélever un cône de tissu afin d'étudier correctement le canal. Il faut obligatoirement attendre 60 secondes après avoir généreusement badigeonné le col à l'acide acétique pour que celui-ci exerce totalement son effet. Il est important de préciser la localisation de la jonction pavimento-cylindrique et des régions acidophiles en relation avec cette jonction. Il faut également procéder à une inspection minutieuse du vagin pour vérifier l'étendue des lésions cervicales. Il est préférable de procéder à cette inspection en retirant le spéculum lentement à la fin de chaque examen. Les résultats doivent être consignés de façon claire et lisible. L'emploi d'un système objectif de cotation tel que l'index colposcopique de Reid (Annexe 5) est particulièrement utile aux débutants pour les aider à

### Tableau 10.1 : Fréquentes sources d'erreurs lors de la colposcopie

- Formation et expérience insuffisantes
- Compréhension insuffisante de l'histoire naturelle de la maladie
- Ne pas suivre le protocole de diagnostic établi ou dévier du protocole
- Ne pas utiliser un spéculum assez grand
- Abrasion à l'origine d'une fausse jonction pavimento-cylindrique
- Ne pas choisir les sites de biopsie appropriés et prélever un nombre suffisant de biopsies
- Ne pas faire une biopsie au moindre doute
- Emploi d'une pince à biopsie aux bords émoussés et peu tranchants pour prélever les échantillons tissulaires
- Ne pas faire une biopsie dirigée sous contrôle colposcopique
- Ne pas prélever une biopsie à partir d'un condylome ou d'une leucoplasie
- Ne pas attendre que l'acide ait fait son effet
- Ne pas appliquer le soluté de Lugol et procéder à l'inspection visuelle
- Ne pas examiner correctement le canal endocervical quand la limite de la lésion ou la jonction pavimento-cylindrique ne sont pas visibles
- Ne pas pratiquer un curetage endocervical (CEC) quand la limite de la lésion n'est pas visible
- Ne pas pratiquer une exérèse quand la limite de la lésion n'est pas visible même avec le spéculum endocervical ou lorsque le CEC est équivoque ou positif
- Ne pas pratiquer une exérèse lorsqu'une microinvasion est suspectée
- Ne pas examiner le vagin et la vulve
- Ne pas consigner d'une façon claire et lisible les résultats de la colposcopie
- Ne pas communiquer avec le pathologiste
- Ne pas corrélér les résultats histologiques avec ceux de la colposcopie
- Ne pas prendre l'avis d'experts pour les cas difficiles
- Ne pas suivre la formation continue
- Ne pas s'auto-vérifier

D'après Popkin (1995)

établir un diagnostic colposcopique et choisir les sites appropriés pour des biopsies dirigées. La formation continue ne doit pas être négligée car elle permet au colposcopiste de se tenir au courant des progrès. Ne pas laisser passer un cancer invasif ou ne pas le sous-estimer, et garantir l'offre d'un traitement approprié, dépend essentiellement des compétences du colposcopiste.

### Diagnostic colposcopique provisoire

Nous encourageons fortement les colposcopistes à donner un diagnostic provisoire en s'appuyant sur les résultats de l'examen colposcopique. Ce diagnostic provisoire peut s'exprimer dans les termes suivants : conditions normales, conditions inflammatoires, leucoplasie, condylome, CIN de bas grade, CIN de haut grade, cancer invasif débutant, cancer invasif déclaré, autres affections (atrophie, polype cervical, changements liés à l'irradiation, etc.), et colposcopie déficiente. Ce diagnostic repose sur l'évaluation de toutes les observations décrites en détail dans les chapitres 6 à 9 : caractéristiques des régions acidophiles, particularités vasculaires, changement de couleur après l'application d'une solution iodée, caractéristiques de surface comme l'ulcération, et autres signes tels que saignement au toucher, nature des pertes vaginales et cervicales, résultats de l'examen de la région anogénitale externe, de l'aîne et du bas ventre. Une fois le diagnostic provisoire établi, il faut mettre en place une prise en charge de l'affection ainsi diagnostiquée. Le Tableau 10.2 propose un résumé des résultats colposcopiques permettant de poser le diagnostic provisoire.

Tableau 10.2 : Résumé des caractéristiques coloscopiques sur lesquelles repose le diagnostic provisoire

Diagnostic	Blanchiment à l'acide acétique (acidophilie)			Relation avec la ZR et la JPC	Durée de l'effet	Caractéristiques Vasculaires	Coloration à l'iode	Saignement au toucher	Ulcération	Pertes
	Teinte	Démarcation	Marge							
Normal	-	-	-	-	-	Motif vasculaire normal	Epithélium pavimenteux de couleur noire ; pas de changement de coloration de l'épithélium cylindrique	Aucun	Aucune	Sécrétion claire à partir de l'épithélium cylindrique
Normal, métaplasie immature	Blanc rosâtre, ou blanc neigeux, translucide, zones acidophiles inégales	Aucune	Indistincte, se confond avec le reste de l'épithélium	Lisse, orifices glandulaires, îlots d'épithélium cylindrique visibles	Limitée à la ZR ; nettement proche de la JPC	Motif vasculaire normal	Absence de coloration ou coloration partielle	Aucun	Aucune	Sécrétion claire à partir de l'épithélium cylindrique
Normal, Métaplasie mature	Nuance légèrement blanc rosé. Absence de zones acidophile confluentes	Aucune	Se confond avec le reste de l'épithélium	Lisse, orifices glandulaires, kystes de Naboth	Limitée à la ZR	Motif vasculaire normal	Coloration à l'iode, couleur noire ou marron	Aucun	Aucune	Sécrétion claire à partir de l'épithélium cylindrique
Inflammation	Pâle, plages inégales, avec des zones intermédiaires rouges et/ou des zones nécrosées	Aucune	Indistincte, se confond avec le reste de l'épithélium	Irrégulière, aspect moucheté	Non restreinte à la ZR, parfois largement disséminée	Distribution diffuse, ponctuation fine rouge affectant le col et le vagin	Coloration partielle à l'iode	Parfois	Parfois	Pertes blanches malodorantes, abondantes, mucopurulentes ou séropurulentes ; ou pertes blanches inodores, épaisses et collantes

**Tableau 10.2 (cont.) : Résumé des caractéristiques coloscopiques sur lesquelles repose le diagnostic provisoire**

Diagnostic	Blanchiment à l'acide acétique (acidophilie)				Durée de l'effet	Caractéristiques Vasculaires	Coloration à l'iode	Saignement au toucher	Ulcération	Pertes
	Teinte	Démarcation	Marge	Surface						
CIN de bas grade	Fines lésions opaques et brillantes, moyennement denses	Lésions bien délimitées	Irrégulière, duveteuse, en dents de scie, digitiforme, anguleuse ou géographique	Plane, lisse ou microcondylomatuse ou micropapillaire	Pour la plupart observées dans la ZR, accolées à la JPC. Parfois extérieures à la ZR sous forme de lésions satellites	Ponctuation et/ou mosaïque fines et régulières, parfois visibles à l'intérieur des lésions acidophiles	Pas de coloration ou coloration inhomogène	Aucun	Aucune	Aucune
CIN de haut grade	Lésion opaque d'un blanc d'huile ou d'un blanc grisâtre, dense et terne	Lésions confluentes bien délimitées ; présence éventuelle de démarcations et de bords intérieurs	Lisse et régulière ; parfois surrelevée et enroulée sur elle-même	Moins lisse, plus irrégulière et/ou occasionnellement nodulaire	Limitée à la ZR, collée à la JPC	Ponctuation et/ou mosaïque larges, et irrégulières, parfois visibles à l'intérieur des lésions acidophiles, vaisseaux atypiques parfois visibles (+)	Pas de coloration noire ou marron	Occasionnel dans les lésions graves	Aucune	Aucune
Cancer invasif infraclinique	Lésions opaques, denses et épaisses, d'un blanc crayeux	Lésions bien délimitées mais très étendues	Surrelevée et enroulée sur elle-même	Irrégulière, nodulaire ou relief montagneux et vallonné	Peut affecter la totalité du col, vastes lésions hétérogènes masquant l'orifice	Mosaïques larges surélevées et/ou fracturées et/ou ponctuations larges ; présence systématique de vaisseaux atypiques (+++++)	Pas de coloration à l'iode	Fréquents saignements/suintements de surface	Parfois observée	Parfois présentes dues à l'infection secondaire
Cancer invasif déclaré	Zones très blanches, parfois masquées par des ulcérations et un saignement abondant	Totalité du col envahie par la tumeur	Totalité du col envahie par la tumeur	Tumeur ulcéroproliférative	Totalité du col envahie par la tumeur qui s'étend aux tissus environnants	Présence systématique de vaisseaux atypiques (+++++)	Pas de coloration, mais le saignement masque tout	Saignement abondant	Toujours présente	Pertes malodorantes, purulentes, teintées de sang, dues à l'infection secondaire

ZR : zone de remaniement ; JPC : jonction pavimento-cylindrique