

Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer
du col de l'utérus

**Rapports sur les spécimens d'histopathologie du
col utérin et du vagin – Énoncés faisant consensus**

Mai 2013

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer.

Les points de vue exprimés dans ce document sont ceux du Partenariat canadien contre le cancer.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. Rapports sur les spécimens d'histopathologie du cul utérin et du vagin - Énoncés faisant consensus. Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus; mai 2013.

Ce rapport est également disponible en anglais à www.cccincanada.ca.

Table des matières

Introduction	1
Processus	2
Prochaines étapes d'action	4
Approche normalisée des rapports sur les spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin.....	5
Annexe A : Première revue en ligne des énoncés	8
Annexe B : Deuxième revue en ligne des énoncés.....	8
Annexe C : Membres du groupe de travail	14
Annexe D : Participants de l'atelier de l'IPDCCU	15
Références.....	18

Introduction

Les spécimens d’histopathologie du col de l’utérus et du vagin, prélevés le plus souvent durant l’investigation d’une cytologie anormale du col de l’utérus, font l’objet de rapports utilisant divers systèmes de terminologie. Les anomalies malpighiennes ou spino-cellulaires sont généralement rapportées en utilisant des termes tels que dysplasie, néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) et lésions intra-épithéliales malpighiennes. Ces systèmes sont bien établis mais leur usage varie et, actuellement, il n’existe pas de normes canadiennes pour rapporter l’histopathologie cervico-vaginale.

Le manque de normalisation entraîne un potentiel de confusion et d’incompréhension entre le pathologiste et le clinicien. Ces données sont également une composante importante de l’évaluation du rendement des programmes de dépistage du cancer de l’utérus. Le récent rapport de résultats *Dépistage du cancer du col de l’utérus au Canada – Surveillance du rendement du programme 2006–2008*¹, développé sous les auspices de l’Initiative pancanadienne sur le dépistage du col de l’utérus (IPDCCU), a permis de détecter des carences et lacunes significatives dans la collecte des données d’histopathologie cervicale dans la plupart des juridictions. Le développement de normes de rapport et d’éléments de données communs est nécessaire pour enregistrer et analyser des ensembles de données complexes, pour développer des processus d’assurance de la qualité et améliorer les résultats pour les patientes.

Récemment, l’American Society for Colposcopy and Cervical Pathology et le College of American Pathologists ont publié des recommandations issues d’un consensus sur la terminologie consacrée aux lésions intra-épithéliales malpighiennes anogénitales associées au papillomavirus (le projet LAST)². Le développement de ces recommandations comprenait la participation de pathologistes et colposcopistes canadiens individuels ainsi qu’une représentation de la Société canadienne des colposcopistes, de la Société de gynéco-oncologie du Canada et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Les recommandations présentent un système terminologique pour les lésions malpighiennes du col de l’utérus, du vagin, de la vulve, du pénis, de la région périnéale et de l’anus ainsi que des recommandations concernant les carcinomes spino-cellulaires superficiellement infiltrants et l’utilisation de biomarqueurs. Le projet LAST n’aborde pas le contenu des rapports, les biopsies négatives ou les lésions glandulaires.

L’Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l’utérus se consacre à la mise en œuvre de l’initiative stratégique du Partenariat canadien contre le cancer sur le contrôle du cancer du col de l’utérus. L’initiative se concentre sur la mise en œuvre continue de programmes efficaces de dépistage du cancer du col de l’utérus et sur l’intégration de ces programmes avec les initiatives de vaccination contre le papillomavirus, les tests et la surveillance.

www.cccincanada.ca

Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus du Service national de la santé (National Health Service (NHS)) du Royaume-Uni a récemment publié la seconde version du document *Histopathology Reporting in Cervical Screening*³. Ce document de mise à jour fournit des conseils sur la terminologie et les critères de diagnostic y compris les analogues malpighiens, glandulaires et bénins.

Ces deux documents, ainsi que les lacunes démontrées dans la collecte des données, ont amené le développement d'un processus de consensus canadien pour l'élaboration d'un système de rapport exhaustif pour les spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin. L'objectif du projet canadien était de normaliser le contenu des rapports et la terminologie. Le système proposé devrait faciliter les soins aux patientes grâce à une terminologie et des formats de rapport uniformes; élaborer un système de rapport structuré, soutenir la collecte des données au niveau national, provincial et territorial et soutenir la surveillance et l'évaluation du ou des programmes.

Processus

Ayant pour objectif de mettre en place des normes de rapport pour l'histopathologie cervico-vaginale, un groupe de travail dirigé par l'IPDCCU a été créé à l'automne 2012 (se reporter à l'Annexe C pour connaître les membres du groupe de travail). Le groupe de travail a utilisé la terminologie LAST et le document du Royaume-Uni *Histopathology Reporting in Cervical Screening* du NHS comme références de base pour le développement de la première ébauche des énoncés de consensus canadiens sur l'histopathologie cervico-vaginale. De plus, un sondage sur les pratiques de rapport des pathologistes canadiens a fourni une base concernant les systèmes de terminologie actuellement en vigueur.

L'ébauche initiale des énoncés adaptés pour le Canada et développés par le groupe de travail (en octobre 2012) a été distribuée à un groupe de pathologistes influents de renom. Ces pathologistes ont été identifiés par des représentants des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer et par des organisations professionnelles nationales telles que l'Association canadienne des pathologistes (ACP). Ces énoncés ont circulé sur une plateforme de consensus en ligne, laquelle permettait de visualiser l'ébauche des énoncés et les références pertinentes (les résultats de cet exercice sont présentés à l'Annexe A). On a demandé ensuite aux pathologistes d'indiquer leur niveau d'accord avec chaque énoncé en utilisant une échelle de un à six et les pathologistes pouvaient également ajouter des commentaires. Dans le cadre d'un processus parallèle, des colposcopistes de l'ensemble du Canada ont passé en revue un ensemble standard d'éléments de données de colposcopie qui soutient à la fois les besoins en matière de services cliniques et le monitoring des indicateurs

de qualité en matière de colposcopie et de programmes de dépistage du cancer de l'utérus (publication à venir).

La rétroaction et le niveau de consensus issus de cette série de consultations ont été compilés et présentés lors d'un atelier de deux jours tenu en novembre 2012 sous les auspices de l'IPDCCU. L'atelier a rassemblé des pathologistes et colposcopistes experts, du personnel des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et d'autres experts clés (le répertoire des participants est présenté à l'Annexe D). Les objectifs de l'atelier étaient de discuter et de s'entendre sur une terminologie normalisée concernant les résultats de pathologie des spécimens de biopsie du col de l'utérus et du vagin, incluant le cancer de l'utérus, les lésions précancéreuses et les lésions bénignes. De plus, on a demandé aux colposcopistes leur aide pour définir un ensemble de normes concernant des éléments de données de colposcopie qui soutiennent à la fois les besoins des services cliniques et le monitoring des indicateurs de qualité de la colposcopie et des programmes de détection du cancer de l'utérus.

L'atelier comprenait une session ciblée d'ateliers pour discuter les résultats de la première revue des énoncés sur l'histopathologie. Une discussion conjointe engageant à la fois les pathologistes et les colposcopistes a également été tenue pour faciliter une collaboration complémentaire, l'obtention de commentaires et de suggestions et dans le but d'informer sur le prochain travail de révision des énoncés.

En utilisant la rétroaction de l'atelier, le groupe de travail a révisé les énoncés de consensus sur l'histopathologie. Les pathologistes ont été ensuite invités à participer à un second exercice à l'aide de la plateforme de consensus en ligne en décembre 2012 (les résultats de cet examen sont présentés à l'Annexe B). À ce moment là, les colposcopistes ont également été invités à indiquer leur niveau de consensus avec chaque énoncé et à fournir des commentaires. Le groupe de travail a incorporé les rétrocommentaires et suggestions de décembre 2012 pour produire la version finale des énoncés présentés dans ce rapport intitulé *Approche normalisée des rapports sur les spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin*.

La version finale des énoncés a été largement distribuée en mars 2013 parmi les pathologistes et colposcopistes en leur demandant des commentaires finaux. Aucune question ou révision supplémentaire n'a été soumise.

Le comité exécutif de l'ACP a officiellement endossé les énoncés de consensus en avril 2013.

Prochaines étapes d'action

Les énoncés faisant consensus, *Approche normalisée des rapports sur les spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin*, présentés dans ce rapport, visent à stimuler la discussion et informer la pratique.

Les provinces et les territoires peuvent souhaiter modifier ou améliorer ces recommandations pour mieux servir les besoins de leur juridiction. Il est reconnu qu'il existe des domaines litigieux qui nécessiteront des discussions complémentaires. Plus précisément, l'inclusion de la terminologie sur les néoplasies intra-épithéliales cervicales (CIN) pour les lésions de haut grade, particulièrement chez les jeunes femmes, devrait être influencée par les besoins cliniques. Les lignes directrices à venir sur la gestion colposcopique de la Société canadienne des colposcopistes fourniront très probablement des pistes de recommandations. Il est également reconnu que pour la catégorie « indéterminée », on tente de normaliser une catégorie qui est intrinsèquement variable. À moins que des critères rigoureux pour répartir l'utilisation des biomarqueurs et l'émission de secondes opinions soient suivis, cette catégorie pourrait devenir une catégorie « fourre-tout ». Tout comme la catégorie « cellules malpighiennes atypiques à caractère indéterminé » dans les systèmes de rapport de cytologie, l'utilisation de la catégorie « indéterminée » devrait être suivie de près.

Finalement, un système de rapport exhaustif nécessite que les critères histopathologiques des catégories de diagnostic soient bien définis et délimités. De même, l'utilisation de plus en plus fréquente de biomarqueurs pour confirmer le diagnostic doit être étudiée et son usage approprié documenté. À cette fin, l'ACP met en place et rassemble un comité directeur pour qu'il fournisse des conseils dans ces domaines.

Approche normalisée des rapports sur les spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin

Énoncés généraux

1. Une approche normalisée en vue de rapporter le contenu et la terminologie concernant les spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin a le potentiel d'améliorer la communication et la qualité des soins aux patientes.
2. Le système de rapport devrait contenir, au minimum, des éléments de données comprenant le type de spécimen et le diagnostic. L'utilisation d'un format « synoptique » comportant des champs de données distincts pourrait faciliter la collecte de données mais reste optionnelle.
3. Si l'interprétation est limitée par le prélèvement, la fixation et/ou la préparation, ces limitations doivent être indiquées et décrites. S'il n'y a pas de limitation, alors le caractère approprié du spécimen aux fins d'interprétation est considéré comme entendu.
4. Un énoncé concernant la présence ou l'absence d'une zone de transformation telle que déterminée par la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique ou de glandes endocervicales sous-jacentes est optionnelle.

Système de rapport

Spécimens négatifs

5. Les spécimens **négatifs pour une lésion intra-épithéliale et une malignité** doivent être rapportés en utilisant un énoncé clair et dépourvu d'ambiguïté. Le terme « lésion intra-épithéliale » inclut les lésions malpighiennes et les lésions glandulaires. L'ajout de commentaires concernant les conditions bénignes spécifiques est optionnel.

Lésions malpighiennes

6. Les spécimens positifs pour des lésions malpighiennes intra-épithéliales doivent être rapportés en utilisant une nomenclature à deux niveaux. La terminologie recommandée est **lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)** et **lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)**.
7. La terminologie SIL (lésion malpighienne intra-épithéliale) peut aussi être décomposée et rapportée selon la sous-classification applicable de **néoplasie intra-épithéliale** – par

exemple, HSIL (CIN 2) en anglais / lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (néoplasie cervicale intra-épithéliale de grade 2). L'ajout d'une sous-classification doit être fondé sur le cheminement des décisions cliniques / gestion de cas.

8. Les spécimens qui contiennent une zone de lésion malpighienne intra-épithéliale et qui ne peuvent pas être classifiés comme étant de bas ou de haut grade en raison d'un prélèvement limité, d'une fixation ou d'un traitement inférieurs à la normale et/ou en raison de facteurs obscurcissants doivent être rapportés comme « **lésions malpighiennes intra-épithéliales, non classifiées** ». On doit ajouter un commentaire concernant la nature de l'incertitude. Cette conclusion ne doit être atteinte qu'à la suite d'une investigation appropriée pouvant inclure des niveaux d'investigation complémentaires, de la consultation ou des biomarqueurs tels que p16.

Lésions glandulaires

9. Les spécimens positifs pour des lésions glandulaires endocervicales pré-infiltrantes doivent être rapportés en utilisant le terme **d'adénocarcinome in situ (AIS)**.
10. Les spécimens présentant des degrés moindres d'atypie glandulaire ne sont pas uniformément reconnus et classifiés et un rapport n'est pas recommandé (voir également l'énoncé n° 11, Indétermination pour AIS).

Lésions à caractère indéterminé

11. Les spécimens qui présentent certaines caractéristiques de HSIL, AIS ou de malignité mais pour lesquels des conclusions définitives ne peuvent pas être atteintes en raison de limitations de prélèvement, d'une fixation ou d'un traitement de niveau inférieur à la normale et/ou de facteurs obscurcissants doivent être rapportés comme **Indéterminés pour – HSIL ou AIS ou malignité**. On doit ajouter un commentaire concernant la nature de l'incertitude. Cette conclusion ne doit être atteinte qu'après un travail approprié qui peut inclure des niveaux d'investigation complémentaires, de la consultation ou des biomarqueurs tels que p16.

Spécimens excisionnels

12. Le rapport concernant les biopsies par excision unique (LEEP, conisation) de lésions intra-épithéliales doit comprendre un énoncé concernant l'envahissement des marges, y compris, si possible, une indication de la nature de la marge impliquée – par exemple, endocervicale, ectocervicale, radiale (en profondeur).
13. Les biopsies d'excision unique (LEEP, conisation) positives pour une malignité doivent contenir, lorsque possible, les précisions suivantes :

- a. Type de malignité
- b. Profondeur de l'envahissement
- c. Dissémination horizontale
- d. Présence ou absence d'envahissement lymphatique-vasculaire
- e. Envahissement des marges.

Carcinome spino-cellulaire superficiellement infiltrant

14. Le terme de **carcinome spino-cellulaire superficiellement infiltrant (SISCCA)** est recommandé pour un carcinome spino-cellulaire minimalement infiltrant du col de l'utérus qui a été totalement excisé et qui est potentiellement apte à un traitement chirurgical conservateur. L'invasion lymphatique-vasculaire et le patron d'envahissement ne font pas partie de la définition du SISCCA.
15. Un SISCCA du col de l'utérus (FIGO 1ai) est défini comme un carcinome spino-cellulaire infiltrant qui :
- a. n'est pas une lésion manifestement visible, **ET**
 - b. présente une profondeur infiltrante de 3 mm ou moins à partir de la membrane basale du point d'origine, **ET**
 - c. présente une dissémination horizontale de 7 mm ou moins dans son étendue maximale, **ET**
 - d. a été totalement excisé.
16. Aucune recommandation n'est proposée pour les carcinomes spino-cellulaires infiltrants précoces du vagin.
17. Pour les cas de carcinome spino-cellulaire infiltrant avec biopsie positive/marges de résection, le rapport de pathologie doit indiquer si :
- a. la tumeur infiltrante examinée dépasse les dimensions d'un SISCCA, **OU**
 - b. la composante tumorale infiltrante examinée est inférieure ou égale aux dimensions d'un SISCCA et conclure que la tumeur est « au moins un carcinome spino-cellulaire superficiellement infiltrant ».
18. Dans les cas de SISCCA, les paramètres suivants doivent être inclus dans le rapport de pathologie :
- a. La présence ou l'absence d'un envahissement lymphatique-vasculaire
 - b. La présence, le nombre et la taille des carcinomes à foyers multiples indépendants (après avoir exclu la possibilité d'un carcinome unique).

Annexe A : Premier exercice en ligne de révision des énoncés

On peut trouver ci-dessous un résumé de la première étape de révision effectuée à l'aide de la plateforme de consensus en ligne d'octobre 2012. Ce rapport comprend les énoncés soumis en vue d'un consensus et le niveau de consensus pour chaque énoncé. Veuillez prendre note que ces énoncés ne sont inclus que pour démontrer le processus de consensus et ne sont pas des énoncés finaux à utiliser comme référence ou dans la pratique.

Énoncé	% Consensus
1. Une approche normalisée concernant le contenu des rapports et la terminologie relatifs aux spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin a le potentiel d'améliorer la communication et la qualité des soins aux patientes.	100
2. Ce système de rapport doit contenir, au minimum, des éléments de données comprenant le type de spécimen et le diagnostic.	100
3. Un énoncé sur le caractère approprié du spécimen ou les limitations du spécimen (c'est-à-dire, concernant la fiabilité d'un prélèvement pour détecter une pathologie) est optionnel.	65
4. Un énoncé sur le caractère approprié du spécimen ou les limitations du spécimen doit comprendre les limitations dues à la fixation et à la préparation.	88
5. Un énoncé sur le caractère approprié du spécimen ou les limitations du spécimen doit comprendre la présence ou l'absence de zone de transformation et/ou de tissu endocervical (en fonction du type de spécimen).	94
6. Les spécimens négatifs pour des lésions intra-épithéliales et une malignité doivent être rapportés en utilisant un énoncé clair et dépourvu d'ambiguïté.	100
7. Les spécimens négatifs pour des lésions intra-épithéliales et une malignité doivent faire l'objet d'un énoncé concernant la présence ou l'absence de zone de transformation, tel que déterminé par la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique ou de glandes endocervicales sous-jacentes.	82
8. Les spécimens qui présentent certaines caractéristiques d'une lésion intra-épithéliale ou d'une malignité mais pour lesquels des conclusions définitives ne peuvent pas être atteintes en raison de limitations de la taille ou de la qualité du spécimen doivent être rapportés comme étant à caractère indéterminé et faire l'objet d'un énoncé concernant le ou les facteurs de limitation.	94

9. Les spécimens positifs pour des lésions malpighiennes intra-épithéliales doivent être rapportés en utilisant une nomenclature à deux niveaux. La terminologie recommandée est « lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade histologique » et « lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade histologique » (LSIL, HSIL).	94
10. La terminologie SIL (lésion malpighienne intra-épithéliale) devrait être par la suite décomposée en utilisant la sous-classification applicable de néoplasie intra-épithéliale (p. ex., HSIL (CIN 2)).	82
11. Les spécimens qui contiennent une zone de lésion malpighienne intra-épithéliale mais qui ne peuvent pas être gradés en raison d'un prélèvement limité, d'une fixation et d'un traitement inférieurs à la normale et/ou d'une obstruction partielle doivent être rapportés comme « lésion malpighienne intra-épithéliale, non classifiée pour le grade (SILQ) ».	94
12. Les spécimens qui contiennent une zone de lésion malpighienne intra-épithéliale qui ne peuvent pas être classifiés doivent faire l'objet d'un commentaire concernant la nature de l'incertitude.	94
13. Les spécimens positifs pour des lésions glandulaires pré-infiltrantes doivent être rapportés en utilisant la terminologie d'adénocarcinome-in-situ.	100
14. Les spécimens présentant des degrés moindres d'atypie glandulaire ne sont pas uniformément reconnus et classés et ne doivent pas être rapportés.	76
15. Les spécimens positifs pour une malignité doivent faire l'objet, lorsque possible, d'un énoncé sur le type de malignité.	100
16. Les spécimens positifs pour une malignité doivent contenir, lorsque possible, un énoncé sur la profondeur de l'envahissement.	94
17. Les spécimens positifs pour une malignité doivent contenir, lorsque possible, un énoncé sur l'étendue latérale.	94
18. Les spécimens positifs pour une malignité doivent contenir, lorsque possible, un énoncé sur la présence d'envahissement lymphatique-vasculaire.	100
19. Les spécimens positifs pour une malignité doivent contenir, lorsque possible, un énoncé sur l'implication des marges.	100
20. Le rapport concernant les biopsies par excision unique (LEEP, conisation) doit comprendre un énoncé concernant l'implication des marges, y compris une indication de la nature de la marge impliquée – par exemple, endocervicale, ectocervicale, radiale (en profondeur).	100

21. Le système de rapport proposé est exhaustif et il n’y a pas de lacunes significatives dans les recommandations.	94
22. Le système de rapport proposé correspond à la littérature et à la pratique d’autres juridictions.	88
23. Le système de rapport proposé est approprié pour les pathologistes et le réseau de laboratoires du Canada.	94
24. Je serais prêt à utiliser ce système de rapport dans mes décisions professionnelles.	100
25. Je recommanderais ce système de rapport dans la pratique.	100
26. Le système proposé pourrait être pris en charge par le système informatique des laboratoires de votre région.	88
27. Le système proposé pourrait être pris en charge par le système informatique hospitalier de votre région.	88
28. Le système proposé pourrait être pris en charge par le système informatique provincial/territorial de votre région.	88
29. Il existe des obstacles significatifs à l’adoption de ce système dans notre région et/ou province. Si oui, veuillez fournir des commentaires en utilisant l’outil ci-haut.	24

Annexe B : Deuxième revue en ligne des énoncés

On peut trouver ci-dessous un résumé de la deuxième étape d'examen effectuée à l'aide de la plateforme de consensus en ligne de décembre 2012. Ce rapport comprend les énoncés soumis en vue d'un consensus et le niveau de consensus pour chaque énoncé. Veuillez prendre note que ces énoncés ne sont inclus que pour démontrer le processus de consensus et ne sont pas des énoncés finaux à utiliser comme référence ou dans la pratique.

Énoncé	% Consensus
1. Une approche normalisée concernant le contenu des rapports et la terminologie relatifs aux spécimens d'histopathologie du col de l'utérus et du vagin a le potentiel d'améliorer la communication et la qualité des soins aux patientes.	100
2. Ce système de rapport doit contenir, au minimum, des éléments de données comprenant le type de spécimen et le diagnostic. L'utilisation d'un format « synoptique » comportant des champs de données distincts pourrait faciliter la collecte des données mais demeure optionnelle.	100
3. Si l'interprétation est limitée par le prélèvement, la fixation et/ou la préparation, il faut inclure un énoncé décrivant la ou les limitations. S'il n'y a pas de limitation, alors le caractère approprié du spécimen aux fins d'interprétation est considéré comme entendu.	100
4. Un énoncé concernant la présence ou l'absence d'une zone de transformation, tel que déterminé par la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique ou de glandes endocervicales sous-jacentes est optionnelle.	87
5. Les spécimens négatifs pour une lésion intra-épithéliale et une malignité doivent être rapportés en utilisant un énoncé clair et dépourvu d'ambiguïté. Le terme de « lésion intra-épithéliale » inclut à la fois les lésions intra-épithéliales et glandulaires. L'ajout de commentaires concernant les conditions bénignes spécifiques est optionnel.	100
6. Les spécimens positifs pour des lésions malpighiennes intra-épithéliales doivent être rapportés en utilisant une nomenclature à deux niveaux. La terminologie recommandée est « lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade histologique » et « lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade histologique » (LSIL, HSIL).	93
7. La terminologie SIL (lésion malpighienne intra-épithéliale) peut être par la	100

suite décomposée et rapporté en utilisant la sous-classification applicable de néoplasie intra-épithéliale (p. ex., HSIL (CIN 2)). L'ajout d'une sous-classification doit être fondé sur les cheminements de décision clinique / gestion de cas.

8. Les spécimens présentant certaines caractéristiques de HSIL, AIS ou de malignité mais pour lesquels des conclusions définitives ne peuvent pas être atteintes en raison de limitations de prélèvement, de fixation ou de traitement inférieurs à la normale et/ou de facteurs obscurcissants doivent être rapportés comme « indéterminés » pour HSIL, AIS ou une malignité. On devrait également inclure un commentaire concernant la nature de l'incertitude. Cette conclusion ne peut être atteinte qu'après une investigation appropriée qui peut comprendre des examens complémentaires, une consultation et des biomarqueurs tels que p16. 100
9. Les spécimens qui contiennent une zone de lésion malpighienne intra-épithéliale et qui ne peuvent pas être classés comme lésion de bas ou haut grade en raison d'un prélèvement limité, d'une fixation et d'un traitement inférieurs à la normale et/ou de facteurs d'obstruction doivent être rapportés comme « lésion malpighienne intra-épithéliale, sans grade ». On doit inclure un commentaire concernant la nature de l'incertitude. Cette conclusion ne doit être atteinte qu'après une investigation appropriée qui peut comprendre des examens complémentaires, une consultation et des biomarqueurs tels que p16. 100
10. Les spécimens positifs pour des lésions glandulaires endocervicales pré-infiltrantes doivent être rapportés en utilisant la terminologie d'adénocarcinome-in-situ. 100
11. Les spécimens présentant des degrés moindres d'atypie glandulaire ne sont pas uniformément reconnus et classés et ne doivent pas être rapportés (voir également la énoncé n° 8, indétermination pour AIS (adénocarcinome-in-situ)). 93
12. Le rapport concernant les biopsies par excision unique (LEEP, conisation) de lésions intra-épithéliales doit comprendre un énoncé concernant l'envahissement des marges, y compris une indication de la nature de la marge impliquée – par exemple, endocervicale, ectocervicale, radiale (en profondeur). 100
13. Les biopsies d'excision unique (LEEP, conisation) positives pour une malignité doivent contenir, lorsque possible a) le type de malignité, b) la profondeur de l'envahissement, c) la dissémination horizontale, d) la présence ou l'absence d'envahissement lymphatique-vasculaire, e) l'implication des 100

marges.

14. Le terme de carcinome spino-cellulaire superficiellement infiltrant (SISCCA) est recommandé pour un carcinome spino-cellulaire minimalement infiltrant du col de l'utérus qui a été totalement excisé et qui est potentiellement apte à un traitement chirurgical conservateur. L'envahissement lymphatique-vasculaire et le patron d'envahissement ne font pas partie de la définition du SISCCA. 97

15. Un SISCCA du col de l'utérus est défini comme un carcinome spino-cellulaire infiltrant qui n'est pas une lésion manifestement visible, ET présente une profondeur infiltrante de 3 mm ou moins à partir de la membrane basale du point d'origine, ET présente une dissémination horizontale de 7 mm ou moins dans son étendue maximale, ET a été totalement excisé. 100

16. Aucune recommandation n'est proposée pour les carcinomes spino-cellulaires infiltrants précoces du vagin. 93

17. Pour les cas de carcinome spino-cellulaire infiltrant avec biopsie positive/marges de résection, le rapport de pathologie doit indiquer si la tumeur infiltrante examinée dépasse les dimensions d'un SISCCA, OU si la composante tumorale infiltrante examinée est inférieure ou égale aux dimensions d'un SISCCA et conclure que la tumeur est « au moins un carcinome spino-cellulaire superficiellement infiltrant ». 97

18. Dans les cas de SISCCA, les paramètres suivants doivent être inclus dans le rapport de pathologie : la présence ou l'absence d'un envahissement lymphatique-vasculaire; la présence, le nombre et la taille des carcinomes à foyers multiples indépendants (après avoir exclu la possibilité d'un carcinome unique). 97

Annexe C : Membres du groupe de travail

Un groupe de travail dirigé par l'IPDCCU a été créé durant l'automne 2012 avec pour objectif de mettre en place des normes de rapport pour l'histopathologie cervico-vaginale. Ce groupe de travail comprenait les personnes suivantes :

D^{re} Meg McLachlin (présidente, IPDCCU)

Susan Fekete (directrice, Dépistage et détection précoce, Partenariat canadien contre le cancer)

D^{re} Verna Mai (spécialiste en chef, Dépistage, Partenariat canadien contre le cancer)

D^r Terry Colgan (chef, Section de cytopathologie, Département de pathologie et de médecine de laboratoire, Hôpital Mount Sinai)

D^r Máire Duggan (professeur de pathologie et de cytopathologie, Université de Calgary)

D^{re} Joan Murphy (oncologue; chef, Division d'oncologie gynécologique, Réseau université de santé; professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université de Toronto).

Annexe D : Participants de l'atelier de l'IPDCCU

En novembre 2012, l'IPDCCU (sous les auspices de la Division de dépistage et de détection précoce du Partenariat canadien contre le cancer) a organisé un atelier de deux jours en vue de discuter et de s'entendre sur une terminologie normalisée concernant les résultats des examens de pathologie de spécimens de biopsie du col de l'utérus, de la vulve et du vagin, y compris le cancer et le pré-cancer du col de l'utérus ainsi que les catégories bénignes. On a également demandé aux participants de nous aider à définir un ensemble normalisé d'éléments de données de colposcopie pouvant soutenir à la fois les besoins en services cliniques et le monitoring des indicateurs de qualité de la colposcopie et du ou des programmes de détection du cancer du col de l'utérus.

La liste complète des participants de l'atelier, y compris les pathologistes clés (lesquels ont fourni des commentaires initiaux sur les énoncés) et les colposcopistes, des membres du personnel des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et autres experts clés, est la suivante :

Ahmed, Itrat

Anatomo-pathologiste
Horizon Health Network

Altman, Alon

Oncologue gynécologue
Université du Manitoba

Armstrong, David

Professeur
Université McMaster

Arseneau, Jocelyne

Pathologiste
Centre de santé de l'Université
McGill

Atkin, Karen

Gestionnaire en chef, Politiques
Action Cancer Ontario

Baker, Patricia

Pathologiste
Santé Manitoba
(ActionCancerManitoba)

Bentley, James

Chef, Division d'oncologie
gynécologique
Université Dalhousie

Bertrand, Monique

Société canadienne des
colposcopistes
Oncologue gynécologue,
London Health Sciences Centre

Bouchard, Céline

Gynécologue
Centre Médical Santé Femme

Bryant, Heather

Vice-présidente, Programmes
de lutte contre le cancer,
Division clinique et de santé de
la population
Partenariat canadien contre le
cancer

Brydon, Lizabeth

Société canadienne des
colposcopistes

Cabel, Jennifer

Consultante
Santé Manitoba

Carpenter, Jillian

D^{re} Jillian Carpenter PMC, Ltd.

Chibbar, Rajni

Professeur agrégé
Université de la Saskatchewan

Colgan, Terence

Chef, Sections de
cytopathologie et de pathologie
gynécologique
Mount Sinai Hospital

Decker, Kathleen

Épidémiologiste
ActionCancerManitoba

Delaney, Marla

Coordonnatrice des
programmes de dépistage
Health PEI

Djordjevic, Bojana

Pathologiste gynécologique
Université d'Ottawa

Duggan, Máire

Professeur, Université de
Calgary
Association canadienne des
pathologistes

Elit, Laurie

Responsable scientifique,
Programme pour le cancer du
col de l'utérus,
Action Cancer Ontario

Farag, Hani

Gynécologue
Hôpital Prince County

Fekete, Susan

Directrice, Dépistage et
détection précoce
Partenariat canadien contre le
cancer

Geldenhuis, Laurette

Chef de service, Anatomopathologie
Régie de santé Capital

Gentile, Laura

Directrice des opérations,
Détection et dépistage du
cancer du côlon, Programme de
cancer héréditaire et
programme de dépistage du
cancer du col de l'utérus
BC Cancer Agency

Grenier, Anne-Marie

Conseillère médicale en
dépistage
Ministère de la Santé du
Québec

Grimshaw, Robert

Directeur médical, Dépistage du
cancer du col de l'utérus
ActionCancerNouvelle-Écosse

Grondin, Katherine

Pathologiste
Le CHU de Québec

Koch, Shirley

Coordinatrice, Dépistage du
cancer
Réseau du cancer du Nouveau-
Brunswick

Kupets, Rachel

Oncologue gynécologue
Sunnybrook Regional Cancer
Centre

Lam, Mary

Inforoute Santé du Canada,
Programme innovation et
adoption
Analyste en chef
Réseau universitaire de santé

Lane, Kelly

Inforoute Santé du Canada,
Programme innovation et
adoption
Gestionnaire en chef de projet
Réseau universitaire de santé

Lok, Winston

Conseiller médical
Saskatchewan Cancer Agency

Lotocki, Robert

CervixCheck
ActionCancerManitoba

Lytwyn, Alice

Pathologiste
Université McMaster

Mai, Verna

Spécialiste en chef, Dépistage
Partenariat canadien contre le
cancer

Marsden, Krista

Spécialiste de la mise en œuvre
de programme
Alberta Health Services

Mayrand, Marie-Hélène

Société canadienne des
colposcopistes
Chercheuse, Centre de
recherche du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Mazgani, Mona

Inforoute Santé du Canada,
Programme innovation et
adaptation
Oncologue gynécologue
BC Cancer Agency

McFaul, Susan

Gynécologue obstétricienne
Hôpital d'Ottawa

McLachlin, Meg

Présidente, Initiative
pancanadienne de dépistage du
cancer du col utérin
Directrice médicale, Anatomopathologie
London Health Sciences Centre

Mills, Martha

Professeure adjointe,
Obstétrique et gynécologie
Université Dalhousie
Université Memorial

Murphy, K. Joan

Société de gynéco-oncologie du
Canada
Division d'oncologie
gynécologique
Hôpital Princess Margaret

Nason, Richard

Professeur de chirurgie,
Oncologie chirurgicale de la tête
et du cou,
ActionCancerManitoba et
Université du Manitoba
Rapports synoptiques
(chirurgie) Manitoba

Nation, Jill

Inforoute Santé de Canada,
Programme innovation et
adoption
Professeure et directrice de
colposcopie de la zone de
Calgary
Tom Baker Cancer Centre

Neil, Paul

Chef du Département de
pathologie
Western Health

Offman, Saul

Pathologiste
Régie de santé Capital

Popadiuk, Catherine

Oncologue gynécologue
Université Memorial

Power, Patti

Oncologue gynécologue
Eastern Health

Rahemtulla, Amir

Chef de programme provincial,
Pathologie oncologique
BC Cancer Agency

Ravinsky, Esther

Gestionnaire de site médical,
Anatomo-pathologie
Site du centre des sciences de la
santé
Services diagnostiques du
Manitoba

Rhodes, Janice

Superviseure de la gestion des
données
Programmes de prévention du
cancer
ActionCancerNouvelle-Écosse

Rose, Joanne

Directrice provinciale, Dépistage
du cancer du col de l'utérus
Terre-Neuve-et-Labrador

Russell, Laurie

Pathologiste
Université de l'Alberta

Sadownik, Leslie

Professeur adjoint,
Département de gynécologie
Université de la Colombie-
Britannique

Savoie, Réjean

Co-PDG, Cancer Nouveau-
Brunswick
Réseau Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé

Sekhon, Harman

Société canadienne de
cytopathologie
Directeur de la cytopathologie
Hôpital d'Ottawa

Sellers, Allyson Ruth

Directrice médicale de
laboratoire
Health PEI
Hôpital Queen Elizabeth

Snowdon, Jaime

Pathologiste
Université Georges L. Dumont
Centre hospitalier

Srigley, John

Professeur, Pathologie et
médecine moléculaire
Chef de médecine de
laboratoire
Hôpital Credit Valley

Sue, Katherine

Inforoute Santé du Canada,
Programme innovation et
adaptation
Adjointe de projet
Hôpital Princess Margaret

Taylor, Yvonne

Responsable provinciale,
Détection précoce,

Saskatchewan Cancer Agency
Pathologiste
Hôpital Queen Elizabeth

Torres, Frank

Chef de division, Anatomo-
pathologie
Eastern Health

Van Niekerk, Dirk

Responsable médical,
Programme de dépistage du
cancer du col de l'utérus
BC Cancer Agency

Waghray, Ranjit

Directeur de cytopathologie
Calgary Lab Services

Wilson, Peter

Gynécologue
BC Cancer Agency

Yang, Huiming

Médecin-hygiéniste adjoint en
chef et directeur médical,
Promotion de la santé,
Prévention des blessures et des
maladies, Santé publique et de
la population
Alberta Health Services

Zhan, Yunzhi

Inforoute Santé du Canada,
Programme innovation et
adoption
Gestionnaire de projet
Autorité sanitaire de l'île de
Vancouver

Références

¹ Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada – Surveillance du rendement du programme 2006–2008. Toronto : Le Partenariat; 2011.

http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/ccicc_cervical_cs_report.pdf.

² Darragh TM, Colgan TJ, Cox J, Heller DS, Henry MR, Luff RD, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *J Low Genit Tract Dis*. 2012 Jul; 16(3):205–42.

http://journals.lww.com/jlgttd/Fulltext/2012/07000/The_Lower_Anogenital_Squamous_Terminology.6.aspx#.

³ National Health Services Cancer Screening Programmes. Histopathological reporting in cervical screening – an integrated approach. 2nd ed. HSCSP Publication No. 10; 2012.

<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/cc-04.html>.

Articles connexes

Benedet JL. Cervical cancer staging systems: the endless debate. *Gynecol Oncol*. 1997;65:6–7.

Benedet JL, Anderson GH. Stage IA carcinoma of the cervix revisited. *Obstet Gynecol*. 1996;87:1052–9.

Crum CP. Symposium Part 1. Should the Bethesda System terminology be used in diagnostic surgical pathology?: point. *Int J Gynecol Pathol*. 2003;22:5–12.

Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Arch Path Lab Med*. 2012 Oct;136(10):1266–97.

Doorbar J. Papillomavirus life cycle organization and biomarker selection. *Dis Markers*. 2007;23:297–313.

Duggan MA, Nation J. An audit of the cervical cancer screening histories of 246 women with carcinoma. *J Low Genit Tract Dis*. 2012;16(3):263–70.

Frappart L, Fontanière B, Lucas E, Sankaranarayanan R, Eds. Tumors of the uterine cervix. In: *Histopathology and cytopathology of the uterine cervix – digital atlas*. Geneva: World Health Organization International Agency for Research on Cancer; 2004. p. 259–89.

Gage JC, Duggan MA, Nation JG, Gao S, Castle PE. Detection of cervical cancer and its precursors by endocervical curettage in 13,115 colposcopically guided biopsy examinations. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(5):481.e1–9.

Gage JC, Hanson VW, Abbey K, Dippery S, Gardner S, Kubota J, et al. Number of cervical biopsies and sensitivity of colposcopy. *Obstet Gynecol*. 2006;108:264–72.

Goldsmith JD, Siegal GP, Suster S, Wheeler TM, Brown RW. Reporting guidelines for clinical laboratory reports in surgical pathology. *Arch Pathol Lab Med*. 2008;132:1608–16.

Heatley MK. How should we grade CIN? *Histopathology*. 2002;40:377–90.

-
- Herbert A, Arbyn M, Bergeron C. Why CIN3 and CIN2 should be distinguished on histological reports. *Cytopathology*. 2008;19(1):63–4.
- Kodama J, Mizutani Y, Hongo A, Yoshinouchi M, Kudo T, Okuda H, et al. Optimal surgery and diagnostic approach of stage IA2 squamous cell carcinoma of the cervix. *Eur J Obstet Gynecol*. 2002;101:192–5.
- Lee KR. Symposium Part 4: should pathologists diagnose endocervical preneoplastic lesions “less than” adenocarcinoma in situ?: counterpoint. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;22:22–4.
- Lee SW, Kim Y-M, Son W-S, You H-J, Kim D-Y, Kim J-H, et al. The efficacy of conservative management after conization in patients with stage IA1 microinfiltrate cervical carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88:209–15.
- Leman MH, Benson WL, Kurman RJ, Park RC. Microinfiltrate carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol*. 1976;48:571–8.
- Lin H, Chang HY, Huang CC, Changchien CC. Prediction of disease persistence after conization for microinfiltrate cervical carcinoma and cervical intraepithelial neoplasia grade 3. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14:311–6.
- McCluggage WG, Walsh MY, Thornton CM, Hamilton PW, Date A, Caughley LM, et al. Inter- and intra-observer variation in the histopathological reporting of cervical squamous intraepithelial lesions using a modified Bethesda grading system. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(2):206–10.
- McCreddie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of infiltrate cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2008;9:425–34.
- McCreddie MR, Paul C, Sharples KJ, Baranyai J, Medley G, Skegg DC, et al. Consequences in women of participating in a study of the natural history of cervical intraepithelial neoplasia 3. *Aust N Z J Obstet*. 2010;50:363–70.
- Ostor AG. Studies on 200 cases of early squamous cell carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Pathol*. 1993;12:193–207.
- Ostor AG, Rome RM. Micro-infiltrate squamous cell carcinoma of the cervix: a clinico-pathologic study of 200 cases with long-term follow-up. *Int J Gynecol Cancer*. 1994;4:257–64.
- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;105:103–4.
- Phongnarisorn C, Srisomboon J, Khunamornpong S, Siriaungkul S, Suprasert P, Charoenkwan K, et al. The risk of residual neoplasia in women with microinfiltrate squamous cervical carcinoma and positive cone margins. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16:655–9.
- Robertson AJ, Anderson JM, Beck JS, Burnett RA, Howatson SR, Lee FD, et al. Observer variability in histopathological reporting of cervical biopsy specimens. *J Clin Pathol* 1989;42(3):231–8.
- Schneider V. Symposium Part 2. Should the Bethesda system terminology be used in diagnostic surgical pathology?: counterpoint. *Int J Gynecol Pathol*. 2003;22(1):13–7.
- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O’Connor D, Paavonen J, et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287:2114–9.

Stoler MH. The pathology of cervical neoplasia. In: Rohan TE, Shah, KV, editors. *Cervical cancer: from etiology to prevention*. Springer; 2004. p. 3–59.

Stoler MH. Human papillomaviruses and cervical neoplasia: a model for carcinogenesis. *Int J Gynecol Pathol*. 2000;19:16–28.

Stoler MH, Schiffman M. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL triage study. *JAMA*. 2001;285:1500–5.

Stoler MH, Vivhnin MD, Ferenczy A, Ferris DG, Perez G, Paavonen J, et al. The accuracy of colposcopic biopsy: analyses from the placebo arm of the Gardasil clinical trials. *Int J Cancer*. 2011;128:1354–62.

Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:340–5.

Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, Wilkinson EJ, et al. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:295–304.