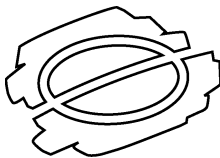


# 36<sup>e</sup> Congrès National de la SFCPCV



## ▶▶ LIVRET DE COMMUNICATIONS

<b>PROGRAMME COMPLET</b> .....	2
--------------------------------	---

- <b>FAUT-IL TRAITER TOUTES LES CIN3 ?</b> <i>Jean-Jacques Baldauf</i> .....	4
- <b>LE LUGOL : UTILE OU INCONTOURNABLE ?</b> <i>Jacques Marchetta</i> .....	6
- <b>SURVEILLANCE POST THÉRAPEUTIQUE DES CIN :</b> <b>COMMENT SURVEILLER EN PRATIQUE ?</b> <i>Jean Levêque</i> .....	9
- <b>LA PRISE EN CHARGE DES RÉCIDIVES</b> <i>Xavier Carcopino</i> .....	14
- <b>LES COMPLICATIONS DES THÉRAPEUTIQUES :</b> <b>LES STÉNOSES CERVICALES</b> <i>Patrice Mathevet</i> .....	15

### COMMUNICATIONS LIBRES

- <b>Devenir des patientes HPVneg</b> <i>C. Muszynski (Amiens)</i> .....	18
- <b>Rendement du curetage endocervical lors d'une conisation</b> <i>V. Courtay (Angers)</i> .....	19
- <b>Profil viral des CIN2</b> <i>N. Nocart (Bordeaux)</i> .....	20
- <b>Fiabilité du curetage endocervical en suivi post-thérapeutique</b> <i>L. Lecointre (Strasbourg)</i> .....	21
- <b>L'utilisation de la vision colposcopique directe dans le traitement</b> <b>modifie-t-elle le risque de récurrence ?</b> <i>M. Heinemann (Marseille)</i> .....	23
- <b>Prise en charge des néoplasies cervicales au cours de la grossesse</b> <i>G. Vannieuwenhuysse (Reims)</i> .....	24

# FAUT-IL TRAITER TOUTES LES CIN3 ?

*Jean-Jacques BALDAUF, Emmanuelle BAULON,  
Véronique THOMA, Cherif Youssef AKLADIOS*

*DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE,  
Hôpital de Hautepierre - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*

---

Les CIN3 sont des lésions asymptomatiques. Leur traitement n'est justifié que pour éviter leur évolution vers un cancer. La conisation constitue le traitement de référence pour les CIN3. Les dimensions de l'exérèse dépendent de la taille et de la situation de la lésion sur le col. Une étude prospective de cohorte portant sur plus de 1000 patientes porteuses de CIN3 recrutées entre 1955 et 1976 a été menée en Nouvelle Zélande pour quantifier le risque de cancer. Elle a été secondairement jugée non éthique et arrêtée. Le risque de développement à 30 ans d'un cancer a été estimée entre 31 % et 50% en l'absence de traitement contre 0,7% chez les patientes traitées.

Parmi les nombreux facteurs favorisant l'évolution des CIN3 vers le cancer figurent la durée de l'infection HPV, le type d'HPV, le tabagisme, la contraception orale, la multiparité et probablement certaines maladies inflammatoires chroniques. De nombreux facteurs sont encore inconnus et on peut constater que si les types HPV 16 et 18 sont majoritaires dans les cancers du col leur prévalence diminue avec l'âge des patientes. Pour les lésions associées à l'infection HPV 16 et 18 les taux annuels de progression des CIN 2-3 en cancers invasifs sont estimés entre 3 et 5 %, sans différence statistiquement significative concernant l'âge des patientes. Les délais de développement de cancer à partir de CIN 3 varient en moyenne entre 5 et 19 ans, mais des évolutions plus rapides sont régulièrement rapportées plus particulièrement en cas d'infection par HPV16. A ce jour nous ne disposons pas de suffisamment de données pour recommander l'abstention thérapeutique en cas de CIN3 non associés à HPV 16 ou HPV 18.

Les délais de développement de cancer à partir de CIN 3 varient en moyenne entre 5 et 19 ans, mais des évolutions plus rapides sont régulièrement rapportées. Une modélisation mathématique a estimé le risque de développement d'un cancer en cas de CIN3 non traitée à 1% par an. Malgré les difficultés et les limites de la coloscopie durant la grossesse, l'abstention temporaire est recommandée compte-tenu de ces faibles taux de progression des CIN3 et des risques obstétricaux non négligeable de la conisation faite pendant la grossesse.

L'analyse des données épidémiologiques en Angleterre et au Pays de Galles montre que, pour éviter un cancer survenant entre l'âge de 20 et 24 ans, il faut traiter 100 à 150 CIN 3. En fait l'évolution des CIN3 est probablement différente chez l'adolescente par rapport à la femme adulte. L'abstention thérapeutique peut être proposée, sous certaines conditions, chez les femmes âgées de moins de 25 ans qui dont le dépistage n'est pas recommandé et dont les lésions sont davantage susceptibles de régresser spontanément.

L'indication du traitement des CIN3 doit tenir compte de la balance bénéfice – risque et dépend de ce fait à la fois de la probabilité d'évolution vers le cancer et de la rapidité de la progression. Individuellement pour une patiente l'impact exact des facteurs favorisant l'évolution des CIN3 vers le cancer (durée de l'infection HPV, le type d'HPV, le tabagisme . . . .) est difficile à quantifier et ne permet pas de prévoir l'évolution.

# LE LUGOL : UTILE OU INCONTOURNABLE ?

*Jacques MARCHETTA*

*Unité de Colposcopie  
Service de Gynécologie Obstétrique  
CHU ANGERS*

---

## **I - Historique :**

La solution de Monsieur LUGOL était destinée au traitement de la tuberculose ou de la thyroïdite toxique (Jean Guillaume Auguste LUGOL, médecin français, 1786-1851, hôpital Saint Louis de Paris). Elle est composée, dans sa forme dite "forte" à "2%" de 2,5 g d'iode métallique et de 5g de iode de potassium dilués dans 117,5g d'eau distillée pour 125 g de soluté au total.

Cette solution a permis à Walter SCHILLER, physicien à l'Université de Vienne, d'appliquer les propriétés de cette solution sur les lésions utérines.

C'est ainsi que l'Ecole Française de Colposcopie a exploité les vertus de ce produit pour mettre en évidence la maturation ou non des cellules de l'épithélium malpighien du col utérin.

L'utilisation du Lugol, lors de l'examen colposcopique, est certainement le fleuron de l'Ecole Française de pathologie cervico vaginale et nous allons ici en faire l'analyse.

## **II - Place de l'examen au Lugol dans les terminologies colposcopiques :**

La plus ancienne terminologie à savoir celle de la SFCPCV éditée en 1983 évoque, pour ce qui concerne la transformation anormale ou atypique du col utérin, la notion de transformation atypique de grade I, TAG I, et de transformation atypique de grade II, TAG II. Le test de Schiller est un élément essentiel pour établir le diagnostic de ces TAG I et II et devient ainsi la pierre angulaire de cette terminologie.

Les terminologies internationales en particulier celles de l'IFCPC (Fédération Internationale de Pathologie Cervico Vaginale de Colposcopie) ont évolué depuis 1990. La dernière en date, mise au point à Rio de Janeiro en 2011, décrit les principaux signes pathologiques observés lors de l'examen colposcopique de façon individuelle. Le test de Schiller devient ainsi un examen secondaire et il n'intervient pas pour définir les grades I ou II de cette terminologie.

Dans ces conditions, la terminologie internationale permet à la colposcopie d'être une aide à la biopsie avec une vocation pratique.

L'identification des "tableaux" pathologiques comme l'exprime la terminologie de la SFCPCV, tableaux

dans lequel le test au Lugol est un élément important d'identification, permet à la colposcopie d'être une aide au diagnostic avec une vocation pédagogique.

Ainsi, pour l'Ecole Française, le test de Schiller devient pratiquement incontournable pour établir les diagnostics de TAG I et de TAG II, fondements même de la terminologie SFPCV.

### III - Les missions du Lugol

Le test de Schiller se trouve impliqué dans, au minimum, 7 situations pour lesquelles nous pourrions encore une fois faire l'éloge de son utilisation.

#### 1°) *affirmer qu'un col est normal* :

le Lugol confirme le caractère mature des cellules de l'épithélium malpighien et, qu'il soit natif ou métaplasique, l'épithélium normal contient des cellules ayant chargé totalement en glycogène. Un épithélium coloré en « brun acajou » par le Lugol est un épithélium normal !

#### 2°) *confirmer une TAG I* :

pour définir le caractère tout à fait particulier de ces zones de réparation, le Lugol dessine une limite périphérique très nette entre la zone de TAG I et l'épithélium normal. Il permet de comprendre la progression centripète de ce phénomène métaplasique lui donnant un aspect géographique triangulaire à pointe centrale et à base périphérique large. L'aspect des images de TAG I est mis beaucoup mieux en évidence par le Lugol que par l'acide acétique (l'acidophilie des TAG I est très faible).

Dans ce domaine le rôle du Lugol est tout à fait indispensable.

3°) *identifier une infection virale* : la colpite est un processus inflammatoire qui peut dessiner sur le col de nombreuses images tout à fait caractéristiques : aspect ponctué, réticulé, radié, circliné, dessinant parfois des mosaïques inversées.

Le coloscopiste fait le constat cet aspect inflammatoire mais ne doit pas mettre d'étiquette diagnostique, à savoir la notion de "col viral". Un tel langage donnerait à la colposcopie une vertu de diagnostic histologique qu'elle n'a pas. Parlons de colpite simplement.

Par contre lorsque le frottis évoque la notion de virose, ces images prennent un caractère tout à fait illustratif et nous pourrions être autorisés à dire que ces images traduisent l'inflammation engendrée par le virus.

4°) *surveiller l'évolution des métaplasies immatures* : ici le Lugol sera un élément permettant souvent d'être rassuré sur l'évolutivité d'une zone métaplasique lorsque l'on constate une réparation progressive sous forme de petites plaques iodo positives au sein d'une zone iode négative, témoignant de la recharge progressive en glycogène des cellules de cette zone, donc de leur évolution vers la maturation.

#### 5°) *différencier certains diagnostics* :

- Certains signes pathologiques à l'acide acétique peuvent être remis en question lorsqu'ils s'intègrent à une surface iode positive (par exemple des orifices glandulaires cernés).
- Certaines TAG II pourraient être abusivement diagnostiquées, confondues avec un condylome

qui apparaîtra au Lugol sous forme inhomogène caractéristique.

- Des papilles condylomateuses seront différenciées des papilles d'un ectropion, ce dernier ne prenant jamais l'iode.
- Les aspects de grosses papilles au centre du col après conisation pourraient en imposer pour un épithélium cylindrique. Souvent ces grosses formations centro-cervicales sont des dystrophies et leur coloration positive au Lugol permet de reconnaître qu'il s'agit d'un épithélium malpighien.
- Bien d'autres situations seront illustrées lors du Congrès par des comparaisons iconographiques permettant encore une fois de mettre en évidence le rôle fondamental du Lugol dans la démarche colposcopique.

6°) *aider à définir le site de la biopsie* : devant certains cols pour lesquels l'analyse à l'acide acétique est parfois un peu complexe, le test de Schiller permettra d'orienter la biopsie sur les zones dites "jaunes paille" au niveau desquelles siègent habituellement les lésions les plus graves. A l'inverse, la coloration régulière ou inhomogène de certaines zones acidophiles détournera le geste de biopsie vers d'autres zones du col.

7°) *assister le traitement* : lors d'une conisation, la coloration à l'iode permet de définir la limite externe de la résection.

Toutefois dans ce cas précis, le test de Schiller pourrait être mal interprété par des opérateurs insuffisamment compétents en colposcopie. Le cas de figure où des zones de transformation atypique de grade II avec signes de gravité sont bordées par une large TAG I est assez fréquent. La résection à l'anse ne doit intéresser que la zone de gravité et il est absolument indispensable que le geste chirurgical soit effectuée sous colposcopie par des opérateurs rompus à la technique colposcopique. Seule cette condition permettra de bien reconnaître l'inutilité de porter trop largement les limites de résection, au-delà d'une zone qui ne mérite pas son exérèse et qui pourrait être traitée par un complément laser après la résection centrale.

Nous voulons faire ici un plaidoyer pour motiver l'adhésion de tous les praticiens à la Charte de Qualité afin d'éviter les excès thérapeutiques quand on sait les conséquences obstétricales des conisations.

#### **IV - Conclusion :**

Test fondamental soutenu par l'Ecole Française de Colposcopie et la SFCPCV, le Lugol et son Test de Schiller garde donc toutes ses lettres de noblesse dans l'exploration colposcopique. Nous avons essayé ici d'en exposer les mérites. Nous aurons compris que s'il est utile dans certaines situations, il devient indispensable dans d'autres et nous insisterons tout particulièrement sur le dernier chapitre concernant le comportement des opérateurs dans la pratique des conisations.

# SURVEILLANCE POST THÉRAPEUTIQUE DES CIN : COMMENT SURVEILLER EN PRATIQUE ?

*Florence NICOLAS<sup>1</sup>, Anne Laure ROBERT<sup>1</sup>, Vincent LAVOUÉ<sup>1, 2</sup>,  
Jean LEVÊQUE<sup>1, 2</sup>*

*1 Service de Gynécologie, CHU Anne de Bretagne – Rennes*

*2 Département d'Oncologie Chirurgicale, CRLCC Eugène Marquis – Rennes*

---

La surveillance post thérapeutique après traitement d'un CIN vise à rechercher une lésion résiduelle (objectif immédiat) et prévenir un cancer sur une lésion résiduelle ou récidivante (objectif plus tardif) : l'objectif de la présentation est, en fonction des outils de surveillance disponibles, de proposer un schéma de suivi clinique.

## **La fréquence des lésions post thérapeutiques**

Elle est diversement appréciée dans la littérature mais l'on peut se baser sur l'expérience récente de deux équipes françaises référentes :

- Lille [1]: dans cette série de 205 patientes avec un taux de résection non in sano de 36.1% sont observées 36.2% de lésions résiduelles et 2% de lésions récidivantes,
- Besançon [2] : chez 386 patientes (25.5% de résection non in sano) sont observées 4.6% de lésions résiduelles et 2.6% de lésions récidivantes.

La fréquence des lésions post thérapeutiques dépend de plusieurs facteurs :

- elle est comparable quelles que soient les méthodes thérapeutiques (3 à 5% après CKC ou ERAD et 5 à 9% après vaporisation laser selon la Cochrane [3],
- elle varie grandement selon la qualité de la résection : risque de lésions de 3% en cas de résection in sano versus 18% en cas de conisat non in sano (RR = 6.09, [95%IC : 3.87-9.06] [4],
- elle dépend de la lésion initiale et du terrain avec un risque de lésions plus importants en cas de CIN 3 [5], infection causale par HPV 16 [6], et d'âge plus avancé.

## **La survenue des lésions post thérapeutiques**

Les lésions observées sont à la fois :

- précoces : elles sont dues probablement aux lésions résiduelles et leur fréquence est corrélée au grade de la CIN initiale [7] ; leur fréquence est maximum les deux premières années,
- et prolongée avec une fréquence plus faible : le risque de cancer cervical est multiplié par 6 dans l'étude de cohorte de la Colombie Britannique [7] avec comme facteurs de risque un traitement initial non optimal (cryothérapie vs autres traitements, RR = 2.98), une lésion ini-

tiale sévère (CIN3 vs CIN2 : RR = 4 .10) et un âge de plus de 40 ans (témoin d'une infection ancienne, RR = 1.75) : des résultats comparables sont observés par les équipes scandinaves [8] avec :

- un risque de cancer du col utérin prolongé : le risque relatif est de 2.16 à 10-15 ans après le traitement persiste à 1.50 à 20-25 ans,
- il est le plus élevé après traitement d'un CIN3 (RR = 2.34)
- se majore avec l'âge en particulier après 50 ans (RR = 6.38 après 80 ans).

Enfin dernier point, un passé de lésions cervicales (plus précoces que les autres lésions génitales [9] doit inciter à une surveillance prolongée de l'ensemble du périnée [10] : le risque relatif de lésions extracervicales est plus élevé après diagnostic d'un CIN (RR respectifs de lésions vulvaires : 2.22, vaginales : 6.74 et anales : 4.68).

### Les outils de la surveillance

En pratique clinique, trois tests sont utilisés : la cytologie, la coloscopie et la virologie (test HPV) qui présentent chacun leurs particularités (Tableau I).

Tableau I : particularités des tests de suivi.

	Avantages	Inconvénients
<b>Cytologie</b>	- Coût - Diffusion large	- Sensibilité faible - Dépendant du préleveur et du lecteur - Reproductibilité
<b>Coloscopie</b>	- Bon examen de triage - si cyto et ou test HPV +	- Opérateur dépendant - Anatomie dépendant
<b>Virologie</b>	- Sensibilité élevée - Indépendant du préleveur et du lecteur - Reproductibilité	- Coût - Spécificité moyenne - Quid des patientes HPV + avec cytologie normale

La cytologie présente une sensibilité moyenne oscillant entre 50 et 80% dans la littérature mais une spécificité en règle bien supérieure à 90%. Cette sensibilité moyenne est le principal défaut du frottis de surveillance et a conduit à proposer des conduites alternatives :

- la répétition des frottis : dans l'étude hollandaise de Kocken [11] 3 frottis de surveillance négatifs à 6, 12 et 24 mois confèrent aux patientes antérieurement traitées d'un CIN2/3 un risque comparable à celui de la population générale,
- l'adjonction au frottis de la coloscopie [12] : Soutter a étudié les modifications apportées par la coloscopie après réalisation d'un frottis chez 2,244 patientes traitées d'un CIN1-3 (taux de lésions résiduelles de 3%) ; la sensibilité a été améliorée par la coloscopie passant de 42% à 97% tandis que la spécificité chutait de 96.3% à 87% ; dans les situations de risque usuel l'adjonction coloscopie conduisait à diagnostiquer 8 cas supplémentaires de lésions pour 1,000 femmes au prix de 88 faux positifs, tandis qu'en situation de risque élevé (marges de résection positives) le gain de la coloscopie était de 13 cas pour 1,000 avec seulement 12/1,000 f HPV faux positifs ; l'école strasbourgeoise observe un gain (non significatif par



rapport au frottis seul) de sensibilité en couplant le frottis à la colposcopie (sensibilité de la colposcopie seule : 71%, contre 91.7% de sensibilité pour l'association colposcopie et frottis sans perte majeure de sensibilité) : dans cette étude de cohorte portant sur 288 patientes (taux de lésions résiduelles de 6.9%), l'association colposcopie et cytologie permet de diagnostiquer sur 2 ans 95% des échecs de traitement [13].

- la pratique du test HPV [14] qui est plus sensible que la cytologie (Sensibilité relative = 1.27 [95% IC : 1.06-1.51], sans modifier de manière significative la spécificité (Spécificité relative = 0.94 [95%IC : 0.87-1.01] ; une deuxième méta-analyse très récente [15] confirme le gain de sensibilité apporté par la virologie par rapport à la cytologie sans modifier la spécificité et s'est intéressée au co-testing viro-cytologique qui n'apporte qu'un gain marginal de sensibilité (passant de 92% pour la virologie seule à 95% pour le co-testing avec une chute de spécificité responsable de 10% d'explorations complémentaires).

Toutefois, il faut mentionner que la protection conférée par un test HPV négatif s'efface au bout de 6.7 années pour Soutter alors que dans cette étude cas (189 cas de CIN2/3 avec récurrence) témoins (378 cas de CIN2/3 n'ayant pas présenté de récurrence post thérapeutique), la survenue moyenne des cas de CIN était de 5 ans et 8 mois et celle des cancers de 8 ans et 2 mois [12].

Tout récemment, une étude originale a mis en évidence un sur-risque de récurrence chez 132 patientes traitées d'un CIN2/3 (taux d'échec de 9.1%) qui présentaient en post-opératoire immédiat un test HPV positif (test HC2) au niveau du col restant (Sensibilité : 91.7% , Spécificité 78.3%, Valeur Prédictive Positive : 622.2% et Négative : 96.0% comparables aux performances du même test à 6 mois Sensibilité : 91.7%, Spécificité 76.0%, VPP : 64.0% et VPN : 95.1%) : ces résultats intéressants permettant de sélectionner très tôt les patientes à suivre en priorité méritent d'être confirmés [16].

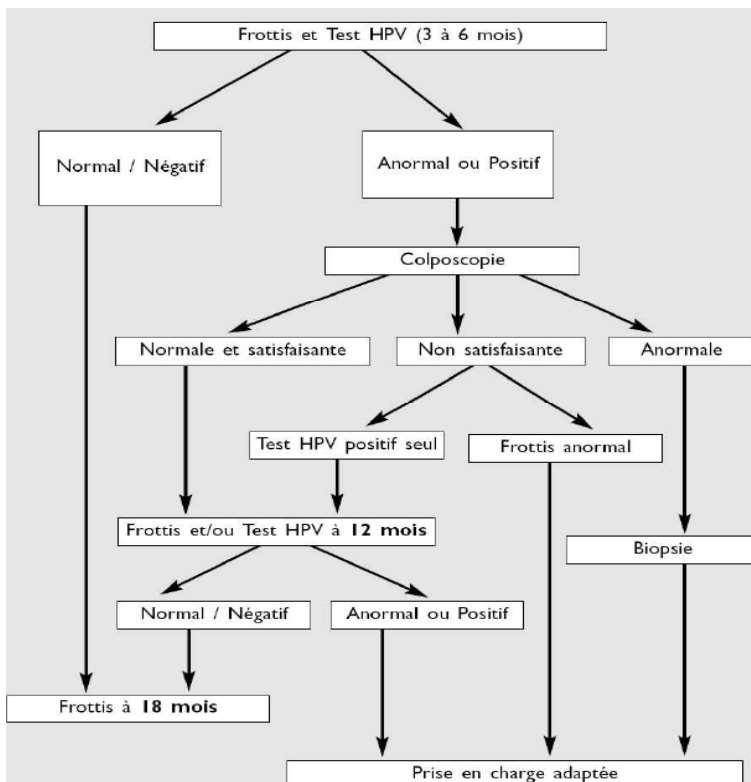
L'étude du suivi cytologique et virologique a été comparée dans une cohorte de 435 patientes traitées de 1988 à 2004 et suivies jusque fin 2009 par frottis à 6, 12 et 24 mois et test HPV à 6 et 24 mois (co-testing) [11] : le taux de CIN2+ à 5ans était de 16.5% et à 10 ans de 18.3%, et les patientes présentant 3 cytologies négatives avaient un risque de CIN2+ à 5 ans de 2.9% et 9.2% à 10 ans, sans différence cliniquement relevante avec la protection conférée par 2 tests HPV négatifs (risque de CN2+ à 5 ans de 1% et de 3.6% à 10 ans). Ce travail met en exergue les préventions vis-à-vis du test HPV accusé d'être responsable d'un surcoût non négligeable pour un bénéfice clinique modeste dans un modèle de Markov appliqué à la cohorte de CIN traitées de Colombie britannique [17].

### **Les recommandations françaises**

L'ANAES en 2002 préconisait la réalisation d'un frottis et d'une colposcopie entre 3 et 6 mois après la conisation avec un nouveau contrôle identique à 6-12 mois puis un frottis annuel (l'existence d'une anomalie incitant à traiter) [18].

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et la Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale ont en 2008 proposé d'ajouter dans leurs recommandations la pratique du test HPV à 3-6 mois après la conisation [19] : le but de cet ajout était de permettre aux patientes négatives à 3-6 mois (taux estimé entre 60 et 70%) de bénéficier d'une surveillance allégée avec un simple frottis à 18 mois (Tableau I), mais au prix d'une complexification de l'arbre décisionnel en cas d'un test positif avec les surcoûts inhérents.

Figure 1. Schéma de surveillance du CNGOF et de la SFCCPV.



### Conclusion et propositions

Le problème majeur du suivi après traitement est le défaut de complianc des patientes : 3 à 30% des patientes abandonnent tout suivi dès la première année avec des facteurs prédisposants identifiés : bas niveau socio-culturel, durée de surveillance prolongée, multiplication des examens.

En l'absence d'un suivi organisé en France, la surveillance doit en conséquence être intégrée au traitement, et expliquée très tôt ce qui suppose :

- de disposer d'outils « marqueurs » de risque : à ce titre, le test HPV est un plus évident par sa simplicité d'utilisation et de compréhension par les patientes (le virus est toujours présent),
- de se donner les moyens d'un suivi précoce rigoureux en particulier chez les patientes les plus à risque (patientes de plus de 40 ans, conisation non in sano, test virologique positif) en incluant la colposcopie nécessairement.

A plus long terme, le suivi cytologique annuel sera facilité chez les femmes qui auront compris et partagé les nécessités de la surveillance.

## Bibliographie

- [1] Houfflin Debarge V, Collinet P, Vinatier D, Ego A, Dewilde A, Boman F, Leroy JL. Value of human papillomavirus testing after conization by loop electrosurgical excision for high-grade squamous intraepithelial lesions. *Gynecologic oncology* 2003;90: 587-92.
- [2] Riethmuller D, Gabelle C, Ramanah R, Sautiere JL, Pretet JL, Schaal JP, Kantelip B, Mougin C, Maillat R. Intérêt de la recherche du papillomavirus humain (HPV) dans le suivi post-conisation des CIN2-3. A propos de 386 cas. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* 2008;37: 329-37.
- [3] Martin-Hirsch PL, Paraskevaïdis E, Kitchener H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane database of systematic reviews* 2000: CD001318.
- [4] Ghaem-Maghami S, Sagi S, Majeed G, Soutter WP. Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis. *The lancet oncology* 2007;8: 985-93.
- [5] Costa S, De Simone P, Venturoli S, Cricca M, Zerbini ML, Musiani M, Terzano P, Santini D, Cristiani P, Syrjanen S, Syrjanen K. Factors predicting human papillomavirus clearance in cervical intraepithelial neoplasia lesions treated by conization. *Gynecologic oncology* 2003;90: 358-65.
- [6] Nam K, Chung S, Kim J, Jeon S, Bae D. Factors associated with HPV persistence after conization in patients with negative margins. *Journal of gynecologic oncology* 2009;20: 91-5.
- [7] Melnikow J, McGahan C, Sawaya GF, Ehlen T, Coldman A. Cervical intraepithelial neoplasia outcomes after treatment: long-term follow-up from the British Columbia Cohort Study. *Journal of the National Cancer Institute* 2009;101: 721-8.
- [8] Strander B, Ryd W, Wallin KL, Warley B, Zheng B, Milsom I, Gharizadeh B, Pourmand N, Andersson-Ellstrom A. Does HPV-status 6-12 months after treatment of high grade dysplasia in the uterine cervix predict long term recurrence? *European journal of cancer* 2007;43: 1849-55.
- [9] Jones RW, Baranyai J, Stables S. Trends in squamous cell carcinoma of the vulva: the influence of vulvar intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and gynecology* 1997;90: 448-52.
- [10] Edgren G, Sparen P. Risk of anogenital cancer after diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia: a prospective population-based study. *The lancet oncology* 2007;8: 311-6.
- [11] Kocken M, Helmerhorst TJ, Berkhof J, Louwers JA, Nobbenhuis MA, Bais AG, Hogewoning CJ, Zaai A, Verheijen RH, Snijders PJ, Meijer CJ. Risk of recurrent high-grade cervical intraepithelial neoplasia after successful treatment: a long-term multi-cohort study. *The lancet oncology* 2011;12: 441-50.
- [12] Soutter WP, Butler JS, Tipples M. The role of colposcopy in the follow up of women treated for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2006;113: 511-4.
- [13] Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Cuenin C, Tissier I, Meyer P. Cytology and colposcopy after loop electrosurgical excision: implications for follow-up. *Obstetrics and gynecology* 1998;92: 124-30.
- [14] Arbyn M, Paraskevaïdis E, Martin-Hirsch P, Prendiville W, Dillner J. Clinical utility of HPV-DNA detection: triage of minor cervical lesions, follow-up of women treated for high-grade CIN: an update of pooled evidence. *Gynecologic oncology* 2005;99: S7-11.
- [15] Kocken M, Uijterwaal MH, de Vries AL, Berkhof J, Ket JC, Helmerhorst TJ, Meijer CJ. High-risk human papillomavirus testing versus cytology in predicting post-treatment disease in women treated for high-grade cervical disease: a systematic review and meta-analysis. *Gynecologic oncology* 2012;125: 500-7.
- [16] Torne A, Fuste P, Rodriguez-Carunchio L, Alonso I, Del Pino M, Nonell R, Cardona M, Rodriguez A, Castillo P, Pahisa J, Balasch J, Ramirez J, Ordi J. Intraoperative post-conisation human papillomavirus testing for early detection of treatment failure in patients with cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2012.
- [17] Melnikow J, Kulasingam S, Slee C, Helms LJ, Kuppermann M, Birch S, McGahan CE, Coldman A, Chan BK, Sawaya GF. Surveillance after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: outcomes, costs, and cost-effectiveness. *Obstetrics and gynecology* 2010;116: 1158-70.
- [18] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. 2002.
- [19] Mergui JL, Polena V, David-Montefiore E, Uzan S. Recommandations pour la surveillance des patientes traitées pour des lésions de haut grade du col utérin. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* 2008;37 Suppl 1: S121-30.

# LA PRISE EN CHARGE DES RECIDIVES

*Xavier CARCOPINO, MD, PhD*

*Service de Gynécologie Obstétrique  
Hôpital Nord, Chemin des Bourrely, 13915 Cedex 20, Marseille, France  
Telephone: (33) 491964853 - Courriel: xcarco@free.fr*

---

Le statut des marges de résection est le principal facteur de risque de récurrence d'une néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN) de grade 2 ou 3. Pourtant, même en cas de marges positives, ce risque reste minoritaire, estimé à moins de 25 %. En l'absence de suspicion de lésion microinfiltrante ou d'une lésion glandulaire, la présence de marges positives ne doit pas indiquer la réalisation d'un nouveau geste thérapeutique immédiat. Seule la mise en évidence d'une récurrence au cours du suivi post-thérapeutique fera indiquer la réalisation d'un nouveau traitement. De manière générale, la prise en charge des CIN2-3 n'est pas celle d'une lésion cancéreuse mais plutôt du risque pour une patiente de développer ultérieurement un cancer du col. Plus qu'une maladie histologique c'est une infection virale à Papillomavirus Humain (HPV) et ses conséquences que nous prenons en charge. Ceci explique d'ailleurs pourquoi l'obtention de marges saines ne suffit pas à éliminer totalement le risque de récurrence. Car si la destruction ou l'exérèse de la lésion permet dans la grande majorité des cas à la patiente de faire sa clairance virale, l'infection à HPV peut persister ou réapparaître et avec elle le risque de CIN récidivante. Ainsi, après le traitement par exérèse d'une authentique CIN2-3, ces patientes conservent un risque plus important de développer un cancer du col. D'une certaine manière, le fait qu'une patiente ait été traitée d'une CIN2-3 témoigne de l'incapacité de son système immunitaire à se défendre contre l'infection à HPV et de la possibilité d'une susceptibilité particulière. La prise en charge des récurrences devra tenir compte de chacune de ces considérations. En particulier, le risque plus élevé de cancer chez ces patientes fera contre-indiquer la réalisation d'un traitement destructeur, ne permettant pas d'avoir une analyse histologique de la portion de col traitée. Dans ce contexte, l'hystérectomie ne permet pas d'éviter le risque de récurrence dysplasique sur le fond vaginal ; ce risque est d'ailleurs comparable à celui de récurrence après conisation en marges saines. Si le potentiel évolutif d'une ValN2-3 est mal connu et probablement inférieur à celui d'une CIN2-3, la survenue de ce type d'évolution pose d'abord des problèmes diagnostiques mais aussi thérapeutiques, le traitement d'une ValN du fond vaginal après hystérectomie étant techniquement plus délicat et exposant au risque potentiel de lésion digestive et urinaire. Pour cette raison, la prise en charge d'une récurrence imposera, à chaque fois que celle-ci est techniquement réalisable, la réalisation d'une nouvelle conisation guidée par une vision colposcopique directe. La pratique d'une hystérectomie pour cette seule indication devra être évitée et ne sera justifiée que si la conisation est impossible du fait d'un col restant de trop petite taille pour permettre une nouvelle exérèse ou bien entendu s'il existe une pathologie utérine associée justifiant de la réalisation d'une hystérectomie. Dans tous les cas, ces patientes devront bénéficier d'un suivi post-thérapeutique rigoureux et prolongé.

# LES COMPLICATIONS DES THÉRAPEUTIQUES : LES STÉNOSES CERVICALES

*Patrice MATHEVET*

*CHU Vaudois et UNIL (Lausanne, Suisse)*

---

Les traitements des dysplasies cervicales sont de 2 ordres : soit destructeurs (cryothérapie, vaporisation laser, plus rarement électrocoagulation), soit résecteurs (essentiellement résection à l'anse diathermique (RAD), plus rarement conisation au bistouri froid ou au laser). Ces traitements ont un taux de complications per-opératoires et post-opératoires très réduits tout en assurant une efficacité thérapeutique excellente.

La complication post-opératoire la plus notable correspond à la sténose cervicale. En théorie, il faudrait différencier la sténose vraie présentant un rétrécissement circulaire de l'orifice cervical, de la synéchie qui correspond à un accolement partiel ou total (en général central) des berges cervicales. En pratique toutes les études regroupent ces 2 anomalies sous un seul vocable : la sténose cervicale.

L'analyse des publications évaluant cette complications, amène tout de suite à un problème important de définition. La sténose peut être définie subjectivement par l'impression visuelle du médecin (à l'œil nu ou en colposcopie). La définition peut être plus objective : jonction squamo-cylindrique non visible (mais tout dépend des outils utilisés pour explorer cette jonction...), obturation cervicale donnant une cryptoménorrhée (voire une aménorrhée), orifice externe de diamètre < 2 ou 3mm... Ces problèmes de définition aboutissent à des données de fréquence très variables selon les publications et les définitions utilisées. Ainsi une revue de la littérature (à propos de 3628 cas) retrouve une fréquence à 2,7 % après résection. Mais les articles retrouvent des fréquences très variables allant de 0 à 25 % pour les conisations au laser, 1 à 5 % pour les RAD, et 0 à 20 % pour les gestes destructeurs.

Cependant ces variations n'empêchent pas de permettre d'identifier les facteurs de risque d'apparition des sténoses cervicales. Ainsi il est clairement démontré que la hauteur de l'exérèse endocervicale est le facteur prépondérant d'apparition des sténoses. En cas de cône avec une hauteur de plus de 25 mm, le risque de sténose atteint 24 % ; pour un cône entre 25 et 15 mm le risque n'est plus que de 12 % ; et la proportion de sténose n'est plus que 3 % si la hauteur du cône est de moins de 15 mm. Les autres facteurs intervenant dans le risque de sténose sont l'âge de la patiente et son caractère ménopausique ou non. La technique de conisation importe peu (hormis la réalisation des points de Sturmdorff qui sténosent plus), c'est la hauteur du cône et/ou la réalisation de destruction endocervicale qui conditionne le risque de sténose. Il reste à noter qu'en cas d'exposition au distilbène, le risque est largement majoré (de l'ordre de 74 %).

La sténose a pour conséquence l'observation d'un orifice cervical très réduit. Ceci induit une gêne au suivi cervical (coloscopique et cytologique) et peut avoir une gravité particulière si aucune exploration endocervicale n'est possible. Habituellement, même si la jonction n'est pas visible, la réalisation d'une cytologie endocervicale reste souvent possible à la cytobrush. Les autres conséquences des sténoses cervicales sont: une infertilité (par non progression des spermatozoïdes) et une hématométrie par rétention en cas d'obstacle complet. L'hématométrie est source d'aménorrhée et de tension et douleurs pelviennes majorées en période de règle. Sur le plan obstétrical, la sténose du col utérin semble entraîner un risque accru de césarienne par dystocie cervicale et de déchirure du col à l'accouchement

Un traitement de la sténose est requis en cas d'infertilité, de cryptoménorrhée douloureuse ou d'aménorrhée. Ces traitements peuvent aussi se discuter si le prélèvement endocervical est impossible. La nature des traitements est variable en fonction de l'importance et des conséquences de la sténose. En cas de simple gêne au prélèvement endocervical, une incision au bistouri froid (lame de 11) réalisée lors de la consultation peut être suffisante. Lors de sténose plus marquée, on aura recours à une vaporisation laser de l'orifice obstrué (pour essayer d'avoir un équivalent d'éversion de la muqueuse endocervicale) associée à une dilatation cervicale à la bougie (voire utilisation de lamine). En cas de stérilité, si la dilatation n'est pas suffisante pour obtenir une grossesse, on pourra avoir recours à une insémination intra-utérine voire à une FIV. Lors d'échecs des techniques précédentes, il pourra être discuté la réalisation d'une stomatoplastie bi-commissurale au bistouri ou au laser.

Concernant la prévention de la sténose, pour le moment, peu de techniques ont montré leur efficacité. Ainsi la mise en place de prothèse lors de conisation avec hauteur importante ne semble pas apporter de bénéfice. Par contre il semble important de lever les synéchies observées dès le premier examen de contrôle. Lorsque ces synéchies sont récentes leur levée se fera aisément avec un hystéromètre ou une cytobrush.

# Communications Libres

---

*Vendredi 18 janvier 14h30*

<b>Devenir des patientes HPVneg.</b> C. Muszynski (Amiens) . . . . .	18
<b>Rendement du curetage endocervical lors d'une conisation.</b> V. Courtay (Angers) . . . . .	19
<b>Profil viral des CIN2.</b> N. Nocart (Bordeaux) . . . . .	20

*Samedi 19 janvier 10h00*

<b>Fiabilité du curetage endocervical en suivi post-thérapeutique.</b> L. Lecointre (Strasbourg) . . . . .	21
<b>L'utilisation de la vision colposcopique directe dans le traitement modifie-t-elle le risque de récurrence.</b> M. Heinemann (Marseille) . . . . .	23
<b>Prise en charge des néoplasies cervicales au cours de la grossesse.</b> G. Vannieuwenhuysse (Reims) . . . . .	24

# DEVENIR DES PATIENTES HPV NÉGATIVES : SUIVI SUR DIX ANS D'UNE COHORTE AMIÉNOISE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

*C. Muszynski, Y. Dréan, H. Sevestre, J. Gondry, JC Boulanger,*

*CHU Amiens.*

---

Plusieurs auteurs soulignent l'intérêt de l'utilisation du test HPV pour dépister les lésions précancéreuses du col. En effet la valeur prédictive négative de ce test serait forte permettant ainsi d'espacer le dépistage dans la population HPV négative pour laquelle le risque de lésions précancéreuses serait donc faible.

Nous avons étudié le devenir sur dix ans d'une cohorte amiénoise de 3081 patientes ayant un frottis normal et un test Hybrid Capture 2 HPV négatif à l'inclusion. Cette cohorte de patientes provient d'une étude réalisée entre 2000 et 2001 et qui porte sur 3832 femmes ayant consulté au CHU d'Amiens ou chez les gynécologues libéraux du département pour un frottis de dépistage. Nous nous sommes tout d'abord intéressés aux pourcentages de tests HPV négatif et de tests HPV positif en fonction des caractéristiques de la population (âge, tabac, parité...). Puis nous avons étudiés le délai d'apparition d'éventuelles lésions cervicales dans le groupe de patientes HPV négatif pour évaluer la pertinence de cette information dans la prévention de la pathologie cervicale.

Parmi les 3081 patientes ayant un frottis normal et un test HPV négatif à l'inclusion, 17 d'entre elles vont développer une lésion de haut grade (CIN 2+). Le risque de développer une lésion de haut grade dans les dix ans sachant que le test HPV est négatif est dans notre étude de 0,52% alors qu'il est de 9,2% si le test HPV était positif à l'inclusion.

Le risque de développer une lésion de haut grade avec un test HPV négatif semble donc faible bien que non nul. Les résultats de notre étude sont assez concordants avec ceux de la littérature. Notons cependant que les résultats varient de 0,05% jusqu'à plus de 3% dans la tranche d'âge 20-29 ans. La possibilité de développer des lésions précancéreuses avec test HPV négatif peuvent être le fait d'une sensibilité imparfaite des tests HPV ou d'une infection postérieure à la recherche du virus.

La réalisation d'un test HPV en dépistage semble donc une technique intéressante car la VPN est élevée contrairement à la cytologie. Il est tout de même important d'avoir à l'esprit qu'un test HPV négatif n'est pas synonyme de certitude de ne pas développer une lésion précancéreuse.



# QUE DIRE DU RENDEMENT DU CURETAGE D'ENDOCOL APRES CONISATION ?

*V. Courtay, J. Marchetta, Ph. Descamps.*

*CHU Angers. 2012.*

---

La conisation tient une place majeure dans la prise en charge des dysplasies cervicales en amont du cancer du col. Sa réalisation implique de savoir interpréter ses résultats et de savoir organiser le suivi ultérieur. Pour cela, il est primordial de connaître les facteurs les plus prédictifs de lésion résiduelle ou de récurrence. Or, jusqu'à présent, les avis des différents auteurs divergent, notamment sur la place du curetage d'endocol, réalisé dans les suites immédiates de la conisation. Nous avons donc voulu faire le point sur notre pratique Angevine. Nous avons alors réalisé une étude rétrospective s'étendant du 1 juillet 2007 au 31 décembre 2011, avec inclusion de toutes les femmes qui avaient bénéficié d'une conisation avec curetage d'endocol et dont nous disposions d'un suivi histologique ou cytologique dans l'année. 151 patientes ont été incluses. 9,27% avaient un curetage positif. Nos résultats ont retrouvé une spécificité de 95% pour le curetage d'endocol, ce qui lui confère l'avantage d'être peu pourvoyeur de faux positifs. C'est un test qui nous a semblé significativement associé au taux de lésion résiduelle après conisation ( $p < 0,001$ ), d'autant plus si la patiente est âgée de plus de 50 ans ( $p = 0,031$ ) car il a la faculté de détecter les lésions haut-situées dans le canal cervical. Le curetage d'endocol étant une procédure rapide et sans risque, sa réalisation nous paraît donc intéressante puisqu'il semble améliorer la prédiction des lésions résiduelles et ainsi la prévention d'une évolution des lésions vers le cancer.

# LE PROFIL VIRAL DES CIN2 EST PLUS PROCHE DES CIN1 QUE DES CIN3.

*Nicolas Nocart, Jean-Luc Brun<sup>1,2</sup>, Valérie Charbonneau<sup>2</sup>,  
Marion Marty<sup>3</sup>, Valérie Métang<sup>1</sup>, Isabelle Garrigue<sup>2</sup>,  
Jean-Philippe Merlio<sup>3</sup>, Hervé Fleury<sup>2</sup>.*

1. Pôle d'Obstétrique, Reproduction et Gynécologie, Hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux
2. UMR 5234, Microbiologie Fondamentale & Pathogénicité, Université Bordeaux Segalen.
3. Service d'anatomie pathologique, Hôpital Haut Leveque, CHU Bordeaux.

---

## Objectifs

Parmi les dysplasies cervicales, les CIN2 sont un groupe controversé tant au plan diagnostique que thérapeutique, au point de proposer une surveillance plutôt qu'une conisation dans certaines conditions. Peu de données sont disponibles sur les différences d'expression virale entre les CIN2 et les autres dysplasies. Le but de cette étude est de comparer la distribution des HPV (ADN et ARNm E6 E7) identifiés chez des patientes traitées pour CIN1, CIN2 et CIN3.

## Matériels and Méthodes

Les paramètres viraux ont été analysés sur PreservCyt® (Hologic) chez 85 femmes traitées en 2009 pour un CIN (protocole MMP-HPV, AOI CHU Bordeaux 2006). Le génotype viral a été déterminé par Roche Linear Array® (Roche) identifiant 37 HPV à bas et haut risque (HR-HPV). Les ARNm E6 et E7 des HR-HPV 16, 18, 31, 33, et 45 ont été détectés par Pre Tect HPV-Proofer® (Biomerieux). Les données cliniques et virologiques obtenues pour chaque groupe de patientes (32 CIN1, 27 CIN2 et 26 CIN3) ont été comparées par un test X2 ou Student.

## Résultats

Les données cliniques étaient les suivantes : âge médian : 33 ans (21 – 65) ; gestité médiane : 2 (0 – 7) ; parité médiane : 1 (0 – 4) ; âge première relation sexuelle : 18 ans (14 – 26) ; contraception orale : 41% ; tabagisme : 62%. Aucune différence n'était observée entre les 3 groupes. En colposcopie, la lésion était étendue sur plus de 3 quadrants chez 15% des CIN1, 22% des CIN2 et 59% des CIN3 ( $P < 0.001$ ). L'infection HPV était unique dans 50%, 63% et 81% des cas respectivement (NS). L'ADN d'un HR-HPV était identifié dans tous les CIN2 et CIN3 associés à une infection unique et dans seulement 50% des CIN1 ( $P < 0.001$ ). Pour les infections uniques et multiples, un HR-HPV était présent dans 53% des CIN1, 74% des CIN2 et 97% des CIN3. Les génotypes vaccinaux HPV 16 et 18 étaient observés dans 15% des CIN1, 19% des CIN2 et 55% des CIN3 ( $P = 0.007$ ). Les transcrits E6 E7 étaient détectés dans 25% des CIN1, 41% des CIN2 et 85% des CIN3 ( $P < 0.001$ ).

## Conclusion

Les expressions HPV des CIN2 se rapprochent plus de celles des CIN1 que des CIN3 en termes de prévalence des HPV à « très haut risque » (16, 18) et des formes intégrées (ARNm E6 E7). Cela nécessite d'être confirmé dans une plus grande série, mais laisse entrevoir les perspectives d'une modulation de prise en charge selon les paramètres viraux.

# FIABILITE DU CURETAGE ENDOCERVICAL EN SITUATION POST-THERAPEUTIQUE.

*L.Lecointré, C.Y.Akladios, G.Averous, E.Baulon, V.Thoma, M.Fender, J.J.Baldauf*

*Département de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de Hautepierre, CHU de Strasbourg*

---

## **Introduction**

Les difficultés de la colposcopie et de la biopsie dirigée pour le dépistage de lésions résiduelles ou récidivantes sont majorées par certaines modifications post opératoires anatomiques (rétrécissement ou sténose cervicale). Pourtant la surveillance des patientes traitées doit permettre la détection des lésions résiduelles et/ou récidivantes avant qu'elles n'évoluent vers un cancer. L'objectif de notre étude est d'évaluer la fiabilité du curetage endocervical (CEC) dans le cadre de la surveillance des patientes déjà traitées pour une lésion cervicale.

## **Matériel et méthodes**

Au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, nous avons analysé rétrospectivement les données de 85 patientes vues entre Janvier 1980 et Janvier 2011 et ayant bénéficié d'un curetage endocervical lors de la surveillance après traitement d'une lésion cervicale. Afin d'obtenir un prélèvement suffisamment exhaustif de la muqueuse endocervicale, nous avons réalisé le curetage sur les quatre quadrants du canal cervical à l'aide d'une curette de Kervokian, sans anesthésie, si nécessaire avec préhension du col avec une pince de Pozzi ou après une ouverture ou un élargissement de l'orifice cervical externe. La fiabilité du CEC est évaluée par comparaison à l'analyse histologique de la pièce d'exérèse chez 39 patientes opérées dans un délai moyen de 3mois (1 – 20) ou grâce aux données de surveillance chez 46 patientes non traitées suivies en moyenne pendant 83 mois (6 – 240).

## **Résultats**

Parmi les 85 patientes, 40 avaient bénéficié d'une conisation, 22 d'une résection à l'anse diathermique (RAD), 22 d'une vaporisation au laser et 17 d'une cryothérapie dans un délai moyen préalable de 83 mois (6-240). L'âge moyen était de 39,9 ans (23-78). Au total, 19 (22%) patientes étaient nulipares et 17 (20%) patientes étaient ménopausées. Chez 66 patientes (78%) la colposcopie n'était pas satisfaisante. L'examen de la pièce opératoire a identifié une lésion endocervicale chez 36 patientes dont une avec un adénocarcinome, deux avec un cancer épidermoïde microinvasif et 16, 9 et 1 patientes avec respectivement une CIN3, CIN2 ou un adénocarcinome in situ. La concordance diagnostique parfaite du CEC est obtenue chez 76,5 % des patientes et pour le diagnostic de lésions

précancéreuses ou cancéreuses endocervicales le CEC présente une sensibilité de 89,7 %, une spécificité de 94,6 %, et des valeurs prédictives positive et négative de respectivement 89,7 % et 94,6 %.

### Conclusion

Le CEC constitue une aide colposcopique précieuse en situation post-thérapeutique grâce à ses bonnes sensibilité et spécificité.

Diag endo validé	n	cin?	cin1	cin2	cin3	micro	acis	ac	Total
n	41	1	5		2				49
cin1			6	1					7
cin2			2	5	2				9
cin3	1			2	13				16
micro1					1	1			2
acis							1		1
ac								1	1
<b>Total</b>	42	1	13	8	18	1	1	1	85

concordance 68/85 76,50%

	CIN2+	Pas	
CEC cancer	<b>26</b>	<b>3</b>	29
CEC <	<b>3</b>	<b>53</b>	56
	29	56	<b>85</b>
Prévalence	34,1%		
Sensibilité	89,7%	78,3%	101,0%
Spécificité	94,6%	88,6%	100,7%
VP+	89,7%	78,3%	101,0%
VP-	94,6%	88,6%	100,7%

# SUIVI POST-THERAPEUTIQUE APRES CONISATION POUR UNE CIN : L'UTILISATION DE LA VISION COLPOSCOPIQUE DIRECTE MODIFIE-T- ELLE LE RISQUE DE RECIDIVE ?

*Heinemann M, Mancini J, Charpin C, Grisot C, Houvenaeghel G,  
Agostini A, Boubli L, Prendiville W, Carcopino X.*

---

**Etat des connaissances :** Nous avons précédemment montré que, par rapport à un geste guidé uniquement par le compte rendu de la colposcopie préalable ou réalisé immédiatement après une colposcopie, la réalisation d'une conisation sous contrôle colposcopique direct permet de d'augmenter significativement la probabilité d'obtenir une résection de moins de 10 mm de haut en marges saines.

**Objectif :** Evaluer si l'utilisation de la vision colposcopique directe pour le traitement d'exérèse d'une néoplasie intra-épithéliale cervicale (CIN) a un impact sur le risque de lésion résiduelle et/ou de récurrence.

**Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective évaluant le suivi des 469 patientes ayant bénéficié d'une conisation pour le traitement d'une CIN entre janvier 2005 et décembre 2009 dans 3 centres hospitaliers différents de Marseille et ayant été incluses dans notre étude précédente. Pour chacune de ces patientes, nous avons évalué la probabilité de lésion résiduelle et/ou de récurrence documenté par une analyse histologique en fonction du type d'utilisation de la colposcopie au moment de la conisation. Nous avons également évalué le risque de colposcopie insatisfaisante ultérieure.

**Résultats :** Sur 469 patientes, 109 ont été perdues de vue. Les 360 patientes incluses ont bénéficié d'un suivi médian de 2,3 ans. Le taux de lésion résiduelle et/ou de récurrence n'était pas significativement différent selon que la conisation était réalisée sans examen colposcopique, avec une colposcopie préalable ou sous contrôle colposcopique direct. Le taux de colposcopie insatisfaisante était significativement moins important pour les patientes ayant bénéficié d'une conisation sous contrôle colposcopique direct.

**Conclusion :** L'usage de la vision colposcopique directe lors de la réalisation d'une conisation ne semble pas avoir d'influence sur le risque de lésion résiduelle et/ou de récurrence mais diminuerait le risque de colposcopie insatisfaisante.

# PRISE EN CHARGE DES NÉOPLASIES CERVICALES INTRA ÉPITHÉLIALES AU COURS LA GROSSESSE.

*Geoffrey Vannieuwenhuysse, Gabrielle Selmes, Dr Stephanie Bonneau, Dr Jean Paul Bory, Pr Philippe Birembaut, Pr Olivier Graesslin.*

*Institut Mère Enfant Alix de Champagne  
Centre Hospitalier Universitaire  
45 rue Cognacq-Jay 51092 REIMS Cedex*

---

Les néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN) précèdent en général la survenue du cancer du col de l'utérus, ce dernier étant l'un des plus fréquemment diagnostiqué pendant la grossesse.

**Objectifs:** Notre objectif est d'évaluer les pratiques du service dans la prise en charge et la surveillance des CIN diagnostiqués pendant la grossesse.

**Matériel et méthode:** Etude rétrospective monocentrique au CHU de Reims de janvier 2002 à mai 2012 (les patientes ont été sélectionnées à partir des comptes rendus anatomopathologiques du laboratoire Pol Bouin CHU Reims). Le critère d'inclusion était: CIN diagnostiqué par biopsie au cours de la grossesse. Elles ont bénéficié d'une réévaluation en post-partum : FCV, colposcopie, biopsie cervicale et d'une prise en charge adaptée (surveillance, laser, conisation ou chirurgie).

**Résultats:** 25 patientes ont été incluses. L'âge moyen était de 33 ans. L'âge gestationnel moyen au diagnostic était de 13 semaines d'aménorrhée. En pré-partum : 77% des colposcopies initiales ont été classées TAG2. Les biopsies cervicales ont retrouvé 4 CIN1 (16%), 5 CIN2 (20%) et 16 CIN3 (64%). En post-partum: 11 biopsies ont été réalisées retrouvant : 2 CIN1 (18,2%), 3 CIN2 (27,3%) et 6 CIN3 (54,5%). 2 CIN de bas grade ont progressé vers un haut grade et un CIN de haut grade a évolué vers un bas grade. 18 conisations ont été réalisées retrouvant : 1 CIN1, 2 CIN2, 12 CIN3 et 3 cancers épidermoïdes dont 2 micro-invasifs et 1 cancer invasif (stade Ib1 chez 1 patiente séropositive pour le VIH). 3 patientes ont été surveillées, 1 patiente a bénéficié d'un traitement par laser et trois patientes ont été perdues de vue. Le taux de corrélation entre histologie pré- (biopsie) et post- partum (conisation) était de 66%.

**Conclusion:** la grossesse reste un moment privilégié pour sensibiliser les patientes à l'importance du dépistage des lésions pré-cancéreuses par FCV. Il faut évaluer la situation de façon précise par colposcopie-biopsie et envisager une conisation à l'anse en cas de discordance cyto-colpo-histologique ou de suspicion de lésion micro-invasive ou invasive.