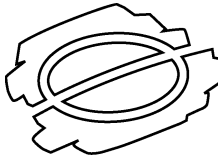


# 35<sup>e</sup> Congrès National de la SFCPCV



## ►► LIVRET DE COMMUNICATIONS

<b>PROGRAMME COMPLET</b> .....	2
<b>- EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DES LESIONS VAGINALES</b> <i>Xavier Carcopino</i> .....	4
<b>- FAUT-IL PRATIQUER DES FROTTIS VAGINAUX APRES HYSTERECTOMIE ?</b> <i>Jean Levêque</i> .....	6
<b>- LES DIFFICULTÉS DE L'EXAMEN VAGINAL</b> <i>J. Rimailho</i> .....	9
<b>- PANORAMA DES LESIONS VAGINALES</b> <i>J. Gondry</i> .....	10
<b>- TRAITEMENT DES LÉSIONS VAGINALES : OPTIONS MÉDICALES.</b> <i>Hélène Borne</i> .....	12
<b>- TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NEOPLASIES INTRAEPITHELIALES VAGINALES (VAIN)</b> <i>Jean-Jacques Baldauf</i> .....	14
<b>- CHARTE DE QUALITÉ EN COLPOSCOPIE ET PATHOLOGIE CERVICO-VAGINALES</b> <i>Jean Luc Mergui</i> .....	16
<b>- LE SITE DE LA BIOPSIE</b> <i>Jacques Marchetta</i> .....	19
<b>- L'HPV DANS LE COUPLE : INTÉRÊT DU PRÉSERVATIF</b> <i>Pia de Reilhac</i> .....	21
<b>- RETENTISSEMENT DANS LE COUPLE DE L'INFECTION À HPV</b> <i>Aliette Siboni</i> .....	22
 <b>COMMUNICATIONS LIBRES</b>	
<b>- VuIN et risques de cancer anal. Observation colposcopique</b> <i>R. Jacobs</i> .....	23
<b>- Mélanomes génitaux</b> <i>I. Berakdar</i> .....	24
<b>- Conisation à l'anse diathermique : étude comparative entre l'anse LOOP et l'anse de Fischer</b> <i>AL. Dubourdeau</i> .....	25
<b>- Evaluation de l'impact du contrôle colposcopique direct sur la qualité des traitements d'exérèses des CINs</b> <i>C. Grisot</i> .....	26
<b>- Appréciation échographique de la longueur du col restant après conisation : étude préliminaire sur 41 patientes</b> <i>AL. Robert</i> .....	27
<b>- Corrélation entre le grade histologique du curetage endocervical et celui de la pièce opératoire en cas de cancer</b> <i>JJ Baldauf</i> .....	28

## **VENDREDI 13 JANVIER 2012**

8h30 Accueil des participants

### **“Les dialogues du vagin”**

#### **1<sup>ÈRE</sup> SÉANCE :**

*Président : J.-L. Mergui • Modérateur : P. Raulic*

9h Epidémiologie et facteurs de risque des lésions vaginales X. Carcopino

9h30 Faut-il continuer à faire des frottis après hystérectomie ? J. Levêque

10h Difficultés de l'examen vaginal. Quelles solutions ? J. Rimailho

10h30 Pause / Visite des stands

#### **2<sup>ÈME</sup> SÉANCE :**

*Président : B. Huynh • Modérateur : Katty Ardaens*

11h Panorama des lésions vaginales J. Gondry

11h30 Traitement des lésions vaginales : options médicales Hélène Borne

12h Traitement des lésions vaginales : options chirurgicales J.-J. Baldauf

12h30 Déjeuner

### **Dialogues en colposcopie**

*Modérateurs : C. Bergeron et J. C. Boulanger*

14h L'Assurance qualité en Europe – la Charte en France J.-L. Mergui

14h30 Colposcopie : le meilleur site à biopsier J. Marchetta – Ségolène Lanta

15h30 Pause / Visite des stands

### **Séance interactive**

*Modérateurs : J. Gondry et J. Marchetta*

16h Présentations de cas cliniques Emmanuelle Baulon, J.-P. Bilhaut, Hélène Borne,  
Vanessa Combaud, C. Muszynski, P. Raulic.

17h30 Fin de la journée



## **SAMEDI 14 JANVIER 2012**

8h30 Assemblée Générale de la SFCPCV (réservée aux membres)

9h00 Congrès mondial de Rio : quoi de neuf ?

Christine Bergeron

### **Communications libres**

*Modérateur : J.-J. Baldauf*

9h15 Présentation des 5 meilleurs sujets par leurs auteurs

10h30 Pause / Visite des stands

### **L'HPV dans le couple**

*Président : J. Rimailho • Modérateur : Hélène Borne*

11h00 Faut-il explorer le partenaire ?

O. Aynaud

11h20 Intérêt du préservatif

Pia de Reilhac

11h40 Retentissement dans le couple de l'infection HPV

Aliette Siboni

12h15 Remise du prix de la meilleure communication libre

12h30 Fin du Congrès

# EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DES LESIONS VAGINALES

*Xavier Carcopino, MD, PhD*

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

---

Les néoplasies intraépithéliales vaginales (VaIN) sont des lésions précancéreuses rares, représentant moins de 1 % des dysplasies génitales basses de la femme (1, 2). Elles surviennent à un âge moyen de 51 ans (range : 22-80 ans) (3). Mais leur caractère totalement asymptomatique et la réalisation malheureusement fréquente d'examen colposcopiques incomplets, ne comportant pas de temps vaginal, rend l'évaluation exacte de leur incidence très difficile. Celle-ci serait de 0,2-200 pour 100000 femmes (1, 4). Le risque de progression d'une VaIN en cancer infiltrant du vagin est réel mais faible, de l'ordre de 10 à 20 % (5, 6). Comme pour les CIN, ce sont principalement les VaIN2 et 3 qui sont considérées comme des lésions précancéreuses vraies (3). Les VaIN1 sont essentiellement des lésions condylomateuses et, en l'absence d'études de suivi prospectif, leur potentiel de dégénérescence cancéreuse est uniquement théorique.

Il semble que les VaIN soient environ 10 fois moins fréquentes que les CIN. La rareté des VaIN et leur risque de dégénérescence cancéreuse font de cette pathologie un enjeu diagnostique pour le colposcopiste. Si leur diagnostic colposcopique est théoriquement aisé, ceci n'est vrai qu'à la condition que l'examen colposcopique soit réalisé de manière complète, c'est-à-dire en respectant un temps d'examen vaginal, trop souvent négligé. Les VaIN siègent le plus souvent au niveau du tiers supérieur du vagin, en particulier au niveau des cul-de-sac vaginaux et sont volontiers multifocales (1, 2, 4, 5, 7-14). On estime que 86,8 % des VaIN seraient localisées au niveau du tiers supérieur du vagin et des localisations multifocales seraient observées dans près d'un tiers des cas (3). Même si elles sont beaucoup plus rares, les lésions de la partie inférieure du vagin sont possibles et justifient la réalisation d'un examen systématique de la totalité de la paroi vaginale.

Parce qu'il est le prolongement anatomique de l'exocol, l'épithélium vaginal est de type malpighien, strictement identique à celui de l'épithélium exocervical. C'est probablement pour cette raison que les VaIN partagent les caractéristiques et les facteurs de risque des néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN), en particulier l'infection à Papillomavirus humain (HPV) de haut risque (15). La présence d'HPV de haut risque est effectivement retrouvée dans 65 à 91 % des tumeurs vaginales, l'HPV 16 étant, comme pour le cancer du col de l'utérus et de la vulve, le type le plus fréquent (16, 17). Les autres facteurs de risque reconnus sont le tabagisme, un antécédent de CIN, une immunosuppression, un bas niveau socio-économique et un antécédent d'irradiation pelvienne (18). En comparaison aux CIN, il semble que le développement d'une VaIN se fasse plus longtemps après la survenue d'une infection à HPV (3). De plus, le risque de progression d'une VaIN vers un cancer du vagin semble être moins fréquente que celui de la progression d'une CIN vers un cancer du col de l'utérus (2, 14).

Le plus souvent, une VaIN sera découverte chez une patiente asymptomatique, à l'occasion d'un FCU pathologique. Parce que l'existence concomitante d'une CIN et d'une VaIN est possible, celle-ci doit être systématiquement recherchée pour permettre une prise en charge thérapeutique optimale. Enfin, le colposcopiste doit savoir évoquer et rechercher une VaIN à chaque fois que l'examen colposcopique du col s'avère normal chez une patiente ayant un FCU anormal, en particulier si celui-ci est de haut grade.

#### Bibliographie

1. Duong TH, Flowers LC. Vulvo-vaginal cancers: Risks, evaluation, prevention and early detection. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007;34:783-802.
2. Lopes A, Monaghan JM, Robertson G. Vaginal Intraepithelial Neoplasia. In: Luesly D, Jordan J, Richart RM, editors. *Intraepithelial Neoplasia of the Lower Genital Tract.* Singapore: Churchill Livingstone; 1995. p. 169-76.
3. Boonlikit S, Noinual N. Vaginal intraepithelial neoplasia: A retrospective analysis of clinical features and colposcopy. *J Obstet Gyn Res.* 2010;36(1):94-100.
4. Wharton JT, Tortolero-Luna G, Linares AC, et al. Vaginal intraepithelial neoplasia and vaginal cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1996;23:325-45.
5. Aho M, Vesterinen E, Meyer B, Purola E, Paavonen J. Natural history of vaginal intraepithelial neoplasia. *Cancer.* 1991;68:195-7.
6. McIndoe WA, McLean MR, Jones RW, Mullins PR. The invasive potential of carcinoma in situ of the cervix. *Obstet Gynecol.* 1984;64:451-8.
7. Rome RM, England PG. Management of vaginal intraepithelial neoplasia: A series of 132 cases with long-term follow-up. *Int J Gynaecol Cancer.* 2000;10:382-90.
8. Diakomanolis E, Stefanidis K, Rodolakis A, et al. Vaginal intraepithelial neoplasia: Report of 102 cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002;23:457-9.
9. Murta EFC, Neves MA, Sempionato RF, Costa MC, Maluf PJ. Vaginal intraepithelial neoplasia: Clinical-therapeutic analysis of 33 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;272:261-4.
10. Sillman FH, Fruchter RG, Chen YS, Camilien L, Sedlis A, McTigue E. Vaginal intraepithelial neoplasia: Risk factors for persistence, recurrence and invasion and its management. *AM J Obstet Gynecol.* 2008;176:93-9.
11. Dodge JA, Eltabbakh GH, Mount SL, Walker RP, Morgan A. Clinical features and risk of recurrence among patients with vaginal intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol.* 2001;83:363-9.
12. Petrilli ES, Townsend DE, Morrow CP, Nakao C. Vaginal intraepithelial neoplasia; Biologic aspect and treatment with topical 5-fluorouracil and the carbon dioxide laser. *AM J Obstet Gynecol.* 1980;138:321-8.
13. Campion MJ. Preinvasive disease. In: Wilkins LW, editor. *Practical Gynecologic Oncology.* 4th edn ed. Philadelphia: Berek, J.S. Hacker, N.F.; 2005. p. 265-336.
14. Krumholz BA. Vagina: normal, premalignant and malignant. In: Appgar BS, Brotzman GL, Spitzer M, editors. *Colposcopy: Principle and Practice: An integrated text book and atlas.* Philadelphia: PA: W.B. Saunders Company; 2002. p. 321-42.
15. group. Flls, Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;341:c3493.
16. Dailing JR, Madeleine MM, Schwartz SM, et al. A population-based study of squamous cell vaginal cancer. HPV and cofactors. *Gynecol Oncol.* 2002;84:263-70.
17. Koyamatsu Y, Yokoyama M, Nakao Y, et al. A comparative analysis of human papillomavirus types 16 and 18 and expression of p53 gene and Ki-67 in cervical, vaginal and vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2003;90:547-51.
18. Graham K, Wright C, Cadawallader B, Reed NS, Symonds P. 20-year retrospective review of medium dose rate intracavitary brachytherapy in VAIN3. *Gynecol Oncol.* 2007;106(105-11.).

# FAUT-IL PRATIQUER DES FROTTIS VAGINAUX APRES HYSTERECTOMIE ?

*Anne Laure Robert, Vincent Lavoué, Sébastien Henno, Jean Levêque*

*Service de Gynécologie CHU Anne de Bretagne  
Service d'Anatomie & Cytologie Pathologiques CHU Pontchaillou - Rennes  
Département d'Oncologie Chirurgicale CRLCC Eugène Marquis - Rennes*

---

La pratique de frottis vaginaux (FV) après hystérectomie a pour objet de dépister des lésions malignes (récidive locale d'un carcinome utérin ou vaginal traité préalablement) ou pré-cancéreuses sous la forme de Vaginal Intraepithelial Neoplasia (VaIN). En pratique, trois situations cliniques sont à individualiser : le FV dans le suivi post-thérapeutique d'une pathologie maligne de l'utérus, le FV après hystérectomie pour pathologie cervicale (CIN) et enfin le FV après hystérectomie pour pathologie bénigne de l'utérus.

## **Les frottis vaginaux après (colpo-)hystérectomie pour cancer utérin**

Les recommandations françaises récemment publiées ne mentionnent pas le FV dans le suivi des cancers endométriaux traité [1] : en effet la littérature ne recommande pas la pratique du FV. Une grande série américaine portant sur 717 patientes présentant traitées pour adénocarcinome endométrial de bon pronostic (81% de sous type endométrioïde dont 71% de grades 1&2 et au stade FIGO I dans 72% des cas) ne retrouve que 4.4% de FV anormaux (avec une moyenne de 4.25 FV par patiente). Sur les 36 récurrences vaginales seulement 5 étaient asymptomatiques et ont été diagnostiquées par le FV. Une compilation d'études plus anciennes retrouve sur 2,736 patientes seulement 11 récurrences vaginales sur 92 révélées par le FV soit 0.4% sans que la preuve d'un bénéfice de ce diagnostic précoce ait été apportée [2].

Après cancer du col utérin, le risque de récurrence est maximum dans les 5 premières années de suivi avec ensuite un plateau [3]. Lors de cette phase de surveillance "active", le FV isolé est peu sensible: 13% dans l'étude de Soisson [4] portant sur le suivi à plus de 2 ans de 203 patientes présentant un cancer du col de stade IB-IIA ; on retiendra l'importance de la clinique (sensibilité de 90%) et la part marginale du FV associés aux signes cliniques (sensibilité de 93%). Le seul intérêt du FV pourrait être le diagnostic ultra-précoce des récurrences locales curables. Après cinq ans, la place du FV semble restreinte comme en témoigne un travail récent portant sur 303 FV chez 61 patientes traitées pour cancer du col débutants : sur les 17 FV pathologiques (5.6%, dont 15 ASC-US) aucun cas de cancer et seulement un cas de VaIN2 [5].

Une radiothérapie est fréquemment recommandée après cancer du col utérin : si le seuil de cellularité doit certainement être abaissée (passer de 8,000 à 2,000 cellules par lame [6]), la radiothérapie n'altère pas le taux de frottis interprétables : dans une série de 302 FV en phase liquide portant sur 121 patientes traitées par rayons, 97.4% d'entre eux étaient interprétables (avec 45% de FV

n-SIL/M, 48% d'anomalies liées au traitement, 5% d'ASC-US, et 2% de frottis révélant des VaIN et 2 cas de récurrence, tandis que la sensibilité des FV reste médiocre (30%) [7].

### Le FV après hystérectomie pour pathologie bénigne

En réalité, tout dépend de l'indication de l'hystérectomie : dans une revue de la littérature portant sur 17 articles, il est clairement observé que la rentabilité des FV est nulle pour dépister des lésions vaginales malignes en l'absence de lésions cervicales et d'intérêt modeste en cas de CIN1/2 (Tableau I) [8].

**Tableau I.** Risques respectifs d'anomalies cytologiques histologiques pré-malignes et malignes selon l'indication de l'hystérectomie [8].

Résultat/Indication de l'hystérectomie	FV +	VaIN +	Cancer Invasif Vagin +
Bénin (n = 6,543)	1.8	0.12%	0%
CIN1 & 2 (n = 76)	3.1%	1.3%	0%
CIN3 (n = 5,037)	14.1%	1.7%	0.03% (1 cas)

Les lésions vaginales après hystérectomie pour CIN. Les VaIN surviennent majoritairement au niveau du tiers supérieur du vagin dans plus de 2 cas sur 3 et témoignent alors d'une localisation cervicale antérieure [9], sont observés principalement dans les 2 premières années suivant l'hystérectomie [10, 11] et peuvent évoluer dans 8% des cas vers l'invasion [9]. Le risque de développer une VaIN oscille entre 4.0% et 7.4% dans les principales séries de la littérature et semble dépendant de la sévérité de la lésion cervicale initiale (Tableau II). Le risque relatif de cancer du vagin (pathologie rare toutefois) après traitement d'une CIN est quant à lui de 6.82 [95%IC : 5.61-8.21] et persiste plus de 25 ans [12].

**Tableau II.** Risque de VaIN après hystérectomie pour CIN [11].

Auteur	Gemmel J 1990	Wiener JJ 1992	Kalogirou D 1997	Schokaert S 2008
Ptes (n = )	219	43	793	94
F. Up (mois)	120	240	120	64
Age (années)	35	-	57	48
CIN initial	CIN3	CIN1-3	CIN1-3	CIN2 + Ia1
VaIN + Cancer	VaIN1-3	VaIN-Cancer	VaIN1-3	VaIN-Cancer
Délai survenue	< 12 mois	< 24 mois	24 mois	45 mois
Incidence cumulée VaIN+	4.0%	4.7%	5.1%	7.4%

Ainsi, on voit que le risque de VaIN après hystérectomie pour CIN3 est voisin du risque de récurrence cervicale après CIN3 traitée par conisation / ERAD avec résection in sano [10, 13] :

- il semble donc logique de ne réserver l'hystérectomie pour CIN3 qu'aux rares cas d'impossibilité de traitement conservateur,
- et de surveiller le vagin par cytologie, encore que la colposcopie (et en particulier le test de Schiller oriente commodément les biopsies) [10].

Les lésions vaginales après hystérectomie pour lésion bénigne non cervicale. Deux études américaines, l'une de cohorte (607 patientes suivies en moyenne 13.7 ans [14]) et l'autre rétrospective (portant sur 9,610 FV dans une population défavorisée [15]) concluent à l'absence d'intérêt du FV après hystérectomie pour lésion non cervicale (nécessiter de réaliser 633 FV pour diagnostiquer 1 ValN dont l'évolution maligne est loin d'être constante), en soulignant l'impact des nombreux faux négatifs des FV dans cette indication 51/38 FV).

## Conclusion

Sans doute est-il plus utile de porter nos efforts sur :

- les patientes non dépistées : l'étude de la SFCPCV de 2006 montre que l'absence de dépistage cyto- logique est le principal facteur de risque de développer un cancer génital HPV-induit [16],
- les patientes traitées de CIN dont plus de 20% échappent à la surveillance régulière telle que recommandée par les experts de cette même société [17],
- plutôt que de réaliser des frottis vaginaux après hystérectomie pour pathologie bénigne.

## Références

- [1] INCa. Recommandations professionnelles. Cancer de l'endomètre. 2010.
- [2] Cooper AL, Dornfeld-Finke JM, Banks HW, Davey DD and Modesitt SC. Is cytologic screening an effective surveillance method for detection of vaginal recurrence of uterine cancer? *Obstet Gynecol* 2006;107: 71-6.
- [3] Guizard A. Etude des registres du réseau Francim. Springer Verlag, Paris. 2007.
- [4] Soisson AP, Geszler G, Soper JT, Berchuck A and Clarke-Pearson DL. A comparison of symptomatology, physical examination, and vaginal cytology in the detection of recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1990;76: 106-9.
- [5] Orr JM, Barnett JC and Leath CA, 3rd. Incidence of subsequent abnormal cytology in cervical cancer patients completing five-years of post treatment surveillance without evidence of recurrence. *Gynecol Oncol* 2011;122: 501-4.
- [6] Lu CH, Chang CC, Ho ES, Chen SJ, Lin SJ, Fu TF and Chang MC. Should adequacy criteria in cervicovaginal cytology be modified after radiotherapy, chemotherapy, or hysterectomy? *Cancer Cytopathol* 2010;118: 474-81.
- [7] Wright JD, Herzog TJ, Mutch DG, Gibb RK, Rader JS, Davila RM and Cohn DE. Liquid-based cytology for the postirradiation surveillance of women with gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol* 2003;91: 134-8.
- [8] Stokes-Lampard H, Wilson S, Waddell C, Ryan A, Holder R and Kehoe S. Vaginal vault smears after hysterectomy for reasons other than malignancy: a systematic review of the literature. *BJOG* 2006;113: 1354-65.
- [9] Rome RM and England PG. Management of vaginal intraepithelial neoplasia: A series of 132 cases with long-term follow-up. *Int J Gynecol Cancer* 2000;10: 382-390.
- [10] Mouithys P, Papadopoulos C, Allier G, Lanta S, Delpierre C, Najas S and Boulanger JC. Faut-il poursuivre les frottis de dépistage après hystérectomie? *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31: 620-3.
- [11] Schockaert S, Poppe W, Arbyn M, Verguts T and Verguts J. Incidence of vaginal intraepithelial neoplasia after hysterectomy for cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199: 113 e1-5.
- [12] Strander B, Andersson-Ellstrom A, Milsom I and Sparen P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. *BMJ* 2007;335: 1077.
- [13] Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E and Kitchener H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD001318.
- [14] Piscitelli JT, Bastian LA, Wilkes A and Simel DL. Cytologic screening after hysterectomy for benign disease. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173: 424-30; discussion 430-2.
- [15] Pearce KF, Haefner HK, Sarwar SF and Nolan TE. Cytopathological findings on vaginal Papanicolaou smears after hysterectomy for benign gynecologic disease. *N Engl J Med* 1996;335: 1559-62.
- [16] Boulanger JC, Fauvet R, Urrutiaguer S, Drean Y, Sevestre H, Garry O, Bergeron C and Gondry J. Histoire cytologique des cancers du col utérin diagnostiqués en France en 2006. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35: 764-71.
- [17] Mergui JL, Polena V, David-Montefiore E and Uzan S. Recommandations pour la surveillance des patientes traitées pour des lésions de haut grade du col utérin. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;37 Suppl 1: S121-30.



# LES DIFFICULTÉS DE L'EXAMEN VAGINAL

*J. Rimailho*

---

En dépit d'une réputation d'apparente facilité, l'examen vaginal peut poser de sérieux problèmes au colposcopiste. Dans la plupart des cas, un choix diversifié de spéculums et un bon éclairage suffisent à un gynécologue expérimenté, pour réaliser un examen complet de la cavité vaginale, qui impose une rotation prudente et délicate du spéculum, pour explorer les parois en totalité. Toutefois, certaines situations, acquises ou congénitales, peuvent se révéler de véritables obstacles, parfois insurmontables .

Parmi les difficultés les plus habituelles, provenant de modifications physiologiques , le vaginisme et la grossesse sont les oxymores du colposcopiste. La grossesse , comme le prolapsus, induisent un développement tel des parois vaginales qu'il peut être nécessaire d'utiliser un double spéculum, pour inspecter l'ensemble des replis vaginaux. Les retrécissements spastiques du 1/3 inférieur du vaginisme, sont en règles plus faciles à solutionner que les retrécissements continus, consécutifs à une pathologie chronique cutanéomuqueuse générale , ou à une atrophie ménopausique. Parmi ces retrécissements acquis du vagin, les diaphragmes du 1/3 moyen ou supérieur, offrent une difficulté supplémentaire en créant en amont de la sténose, une écologie plus proche de celle de l'endocol, par accumulation et macération de la glaire cervicale, avec un ph alcalin, qui induira volontiers la constitution d'une adénose plus ou moins inflammatoire.

Encore plus rarement, le diagnostic d'une fistule entéro-vaginale, évoqué devant l'émission de glaires et de gaz vaginaux, généralement dans un contexte iatrogène post-obstétrical ou chirurgical, plus rarement secondaire à une maladie de Chronn, est parfois également très délicat, car l'orifice fistuleux peut n'être qu'intermittent et caché dans un repli du vagin.

Les difficultés congénitales, sont également plus rarement rencontrées et sont généralement évoquées dès les premiers examens de la vie génitale, mais peuvent parfois être méconnues de la patiente et de son médecin .

Non pas tant les malformations qui affectent l'ostium vaginal, comme les imperforations hyménéales, ou les agénésies (Rokitansky) que les ostiums doubles, comme l'anus vulvaire, ou les duplicités vaginales complètes ou incomplètes. Dans certains cas, chez l'enfant, un examen sous anesthésie générale devra être réalisé , en s'aidant d'un hystéroscope souple permettant de réaliser une vaginoscopie.

Au total, l'examen vaginal est généralement facile pour un gynécologue expérimenté. Celui-ci devra toutefois se méfier des situations rares aux quelles il pourrait être confronté inopinément.

# PANORAMA DES LÉSIONS VAGINALES

*J. Gondry*

---

La parenté histologique entre l'épithélium vaginal et l'épithélium exocervical fait que l'on y observe les mêmes pathologies et que le diagnostic fait appel aux mêmes moyens.

La colposcopie vaginale est rarement réalisée à titre systématique ; elle s'effectue :

- pour le bilan d'extension d'une condylomatose des voies génitales basses,
- dans le suivi après traitement d'un CIN (voire d'un cancer) quelque soit le grade,
- si un frottis positif ne s'associe pas une anomalie colposcopique cervicale (il faut chercher la lésion ailleurs et notamment sur les parois vaginales).

L'exploration du vagin par la colposcopie impose de connaître tout d'abord les aspects physiologiques du vagin et les lésions dystrophiques du vagin :

- les papilles physiologiques,
- l'atrophie ménopausique (blessure possible avec le spéculum),
- les infections spécifiques ou non qui revêtent le même aspect de colpite qu'au niveau de l'exocol,
- les polypes et les kystes,
- l'adénome avec présence de tissu glandulaire, souvent en métaplasie malpighienne (la notion d'exposition au DES n'est pas toujours retrouvée),
- l'endométriose qui peut se caractériser par des lésions ulcérées ou tumorales (majorées en période menstruelle).

Les aspects colposcopiques des VaIN

## **Les VaIN1**

Correspondent aux condylomes purs. Ce sont les lésions les plus fréquentes, souvent associées à d'autres localisations.

On distingue plusieurs aspects :

- le condylome acuminé : il est exophytique, typique, le plus souvent multiple et de petite taille, siégeant sur toutes les faces du vagin. Ces lésions siègent le plus souvent sur le tiers supérieur du vagin et les lésions sont particulièrement efflorescentes pendant la grossesse.
- Le condylome spiculé : il forme de multiples végétations fines, localisées sur les parois vaginales dont l'aspect au Lugol est inhomogène (à différencier des papilles physiologiques qui « prennent » bien le Lugol).

- Le condylome micro-acuminé : il forme de petites papilles arrondies surélevées individuelles mais groupées en général dans une zone localisée du vagin.
- Le condylome plan : c'est la forme la plus rare. Elle est visible sans préparation (légèrement leucoplasique). Le condylome plan apparaît plus nettement après acide acétique. Au Lugol, c'est une zone iodo-négative quelquefois inhomogène dont la surface peut être légèrement irrégulière.

### **Les VaIN 2 et 3**

Correspondent aux VaIN de haut grade. Ces anomalies sont beaucoup plus rares que les CIN.

L'interprétation de l'aspect colposcopique des VaIN est plus difficile que celles des CIN et expose au risque de sous-évaluer la sévérité histologique des lésions et rend la pratique de la biopsie nécessaire au moindre doute.

En colposcopie, la lésion est acidophile, iodo-négative, avec une surface légèrement verruqueuse. Elle est souvent unifocale siégeant au niveau du fond vaginal. Elle peut être multifocale mais les localisations au tiers inférieur du vagin sont rares. On peut rencontrer des formes acuminées de grande taille, mais avec des surfaces irrégulières et très vasculaires.

Les aspects vasculaires (en particulier mosaïques, ponctuations) sont significativement plus fréquents dans les VaIN de haut grade. De plus, l'iodo-négativité sera d'autant plus grande et complète qu'il s'agit d'une lésion de haut grade. Un aspect inhomogène au Lugol est plutôt en faveur d'un VaIN de bas grade.

On notera enfin que 25 % des VaIN 2/3 surviennent après hystérectomie et leur mise en évidence peut être délicate et difficile dans les angles.

La particularité du vagin en colposcopie est l'absence de jonction pavimento-cylindrique. L'analyse colposcopique s'en trouve simplifiée puisque les phénomènes de métaplasie n'existe pas ici. De ce fait, le principal diagnostic différentiel d'une VaIN sera l'existence d'une large zone de transformation congénitale dont la particularité est d'être étendue aux culs de sac vaginaux antérieur et postérieur exclusivement.

### **Conclusion**

L'exploration du vagin est techniquement quelque fois difficile et justifie un examen attentif. Les anomalies se caractérisent par une acidophilie et une zone iodo-négative. Si l'iodo-négativité inhomogène est associée à des VaIN de bas grade, la présence d'anomalie vasculaire est pratiquement toujours associée aux VaIN de haut grade.

# TRAITEMENT DES LÉSIONS VAGINALES : OPTIONS MÉDICALES

*Hélène BORNE - Paris*

---

L'épithélium vaginal est en tout point semblable à l'épithélium exocervical.

C'est un épithélium malpighien pluri-stratifié dont les couches superficielles sont riches en glycogène, il sera donc iodo + à l'application de lugol .

L'absence de jonction squamo cylindrique que l'on considère être la principale porte d'entrée pour les HPV-HR n'existe pas : Cela peut expliquer la moindre fréquence des néoplasies intra-épithéliales vaginales (VaIN ) par rapport aux CIN.

Cet épithélium malpighien va réagir aux agressions chimiques , virales ou bactériennes diverses qui peuvent désorienter le colposcopiste examinant une patiente référencée pour frottis anormal .

## **Pièges de l'infection**

Les images colposcopiques outre la colpité peuvent être alarmantes .

Des traitements spécifiques seront adaptés aux diverses situations rencontrées (Candida, Infections anaérobies, Chlamydiae, Herpes Virus , ....)

**L'endométrirose vaginale** : Petits nodules enchassés dans la paroi , bleutés, durs douloureux mieux perçus en pré-menstruel

Le traitement sera hormonal puis si besoin chirurgical

## **L'Adénose :**

A l'exception de l'adénose et de sa réépithélisation on ne peut pas parler de zone de transformation au niveau du vagin .

L'épithélium dystrophique de l'adénose est fragile face aux HPV-HR . L'infection virale se traduira par un piqueté vasculaire, une kératinisation associée à la zone acidophile , et une iodo négativité irrégulière. L'adénose doit simplement faire l'objet d'une surveillance et ne doit faire l'objet d'une prise en charge par vaporisation laser ou chirurgie d'exérèse qu'en cas de réelle aggravation histologique.

## **Vagin et DES :**

Les lésions vaginales rencontrées chez les patientes DES sont le plus souvent des extensions vaginales de CIN ayant débuté au niveau d'une jonction très extériorisée.

L'adénocarcinome à cellules claires rarement rencontré chez ces femmes jeunes ( âge moyen 19 ans ; DES pris avant la 18ème semaine de G ) ne devrait plus se voir puisque la période de prescription maximale du DES s'est située entre 1965 et 1975.

La prise en charge est chirurgicale .

## **VaIN**

Les VaIN sont asymptomatiques tant qu'elles n'ont pas atteint le stade d'invasion.

Le diagnostic sera fortuit lors d'une colposcopie référencée pour frottis anormal.

Facteurs de risque des VaIN

- Infection HPV-HR persistante et tout particulièrement HPV 16
- Antécédent de CIN , cancer du col ou VIN
- Antécédent d'hystérectomie avec CIN de haut grade
- Tabac , partenaires multiples , Contraception EP
- Immunodépression
- Irradiation pelvienne

L'examen vaginal n'est pas chose aisée mais il est indispensable et doit être minutieux lorsqu'aucune anomalie cervicale n'est retrouvée

**Les VaIN de haut grade** s'associent le plus souvent à des CIN de haut grade chez des patientes plus âgées. En colposcopie il existe une lésion le plus souvent unifocale congestive, fortement acido-phile, totalement iodonégative. L'aspect peut être papillaire, verruqueux mais les papilles sont irrégulières et très vascularisées. Parfois encore il s'agit d'une leucoplasie sur base congestive. L'évolution invasive des lésions vaginales est rare mais possible même chez la femme jeune. De l'intérêt de biopsier au centre d'une lésion afin d'en avoir une preuve histologique. Il faudra privilégier un traitement d'exérèse chirurgicale.

**Les VaIN de bas grade** s'observent chez des femmes jeunes dans un contexte d'infection HPV et sont particulièrement récidivantes malgré traitement chez les immunodéprimées. La colposcopie révèle des zones iodonégatives pas ou peu congestives souvent multifocales à lugol inhomogène, planes, spiculées ou acuminées. Il peut s'agir d'une colpite virale diffuse, persistante après traitement anti-infectieux.

#### *Abstention thérapeutique*

Les VaIN de bas grade ont un excellent pronostic et le risque ultérieur de cancer semble minime

#### *L'Acide Trichloracétique dilué à 50% dans du sérum physiologique*

Application de 10 secondes à l'aide d'un coton tige jusqu'à obtention d'un halo blanc, répétée 3 ou 3 fois par semaine x 3 à 4 semaines.

On ne peut maîtriser précisément la profondeur d'action... En cas de brûlure vaginale, appliquer aussitôt du Bicarbonate de soude isotonique

*La podophylotoxine* : risque neurologique (contre indiquée dans la grossesse)

*L'interféron* en infiltration locale (contre indiqué dans la grossesse)

Abandonné du fait d'une toxicité hépatique et hématologique

*Application locale de 5 FU* : (contre indiquée dans la grossesse)

Abandonnée car les résultats positifs ont été obtenus au prix de graves ulcérations difficiles à cicatrifier et d'adénose séquelleaire.

#### *La vaporisation laser CO2*

Après concordance cyto-colpo-histologique c'est le traitement destructeur de référence par sa précision et la possibilité de traitement itératif.

C'est un geste thérapeutique délicat du fait de l'anatomie vaginale qui fait que le tir est trop souvent tangentiel.

La destruction de la lésion est complétée par une destruction de la base d'implantation qui ne doit pas dépasser 1mm.

*Quelque soit la décision thérapeutique, la surveillance devra être prolongée.*

**Prévention 1ère** : La vaccination HPV a prouvé son efficacité et son excellente tolérance. Les 2 vaccins ciblent en priorité les HPV 16 et 18 qui sont les plus grands pourvoyeurs de lésions de Haut grade, Le vaccin quadrivalent cible dans le même temps les 6 et 11 à l'origine de condylomes exophytiques et de lésions de bas grade, et son impact en population se retrouve d'ores et déjà dans les études australienne.

La vaccination HPV présuppose donc une chute de la prévalence des VaIN dans les années à venir à condition d'une couverture vaccinale suffisante de la cohorte cible : 14 ans.

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NEOPLASIES INTRAEPITHELIALES VAGINALES (VAIN)

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

*Département de Gynécologie et d'Obstétrique ; Hôpital de Hautepierre ;  
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG, 67098 Strasbourg.*

---

Les néoplasie intraépithéliales vaginales (VaIN) peuvent être des précurseurs des lésions vaginales invasives dont l'incidence augmente régulièrement avec l'âge des patientes. Le risque de progression vers le cancer est estimé entre 8-10 % en l'absence de traitement.

Les VaIN peuvent être uni ou multifocales et siègent préférentiellement au niveau des 2/3 supérieur du vagin soit en contiguïté d'un CIN dans un cul de sac vaginal, soit isolées ou encore dans un angle vaginal après hystérectomie totale réalisée pour pathologie cervicale. Quels que soient l'aspect colposcopique, la localisation ou la sévérité histologique le traitement ne devrait concerner que les lésions vaginales dont le diagnostic est confirmé par une biopsie. Par analogie avec leurs homologues cervicaux utérins (les CIN), les néoplasies intraépithéliales vaginales sont subdivisées en VaIN 1, 2 et 3 selon l'épaisseur des anomalies cellulaires dans l'épithélium. Pour les patientes présentant une VaIN1 un traitement n'est généralement pas justifié. En effet une simple surveillance avec l'exploration de l'ensemble du tractus génital permet souvent de constater la régression de ces lésions volontiers multifocales. Pour les lésions plus sévères un traitement chirurgical peut se révéler nécessaire en alternative ou en complément aux traitements médicaux. Plusieurs méthodes sont possibles et pour toutes les nombreux replis vaginaux, le faible accès au cul de sac voir l'enfouissement partiel d'une lésion dans la tranche vaginale après hystérectomie constituent des difficultés communes.

1) la vaporisation laser peut être utilisée en détruisant sur une profondeur d'un à deux millimètre ; une destruction plus profonde expose à une complication hémorragique. Le succès varie de 50% à 100% selon les séries, essentiellement en fonction du caractère uni ou multifocal des lésions et de la durée de surveillance. En réalité la réalisation du tir laser n'est pas toujours aisé ; les lésions sont le plus souvent situées au tiers supérieur du vagin et en cas d'atrésie vaginale chez la patiente âgée

ménopausée, le tir laser est difficile à réaliser aussi bien avec le micromanipulateur qu'avec la pièce à main. De plus, cette destruction ne permet pas de reconnaître une invasion occulte plus fréquente chez la femme âgée. La morbidité opératoire est plus faible que celle de la colpectomie partielle et les moindres répercussions notamment sur la fonction sexuelle en font une méthode de choix, notamment en cas de vagin irradié ou d'antécédents opératoires ayant déjà entraîné un raccourcissement du vagin.

2) l'exérèse chirurgicale se réalise le plus souvent au bistouri froid (mais l'utilisation d'un bistouri électrique voire d'une anse diathermique est envisageable). L'exérèse chirurgicale allant de l'excision locale d'une petite lésion à la colpectomie partielle voire totale possède l'immense avantage de fournir une pièce opératoire permettant de diagnostiquer un éventuel cancer micro-invasif ou invasif méconnu et dont la fréquence est estimée entre 12 à 28 % des VaIN2-3 opérées malgré le bilan colposcopique préalable. Une hydro dissection peut dans certain cas faciliter le geste opératoire. L'incision doit être menée à 5 mm en dehors de toute la lésion iodo négative, l'exérèse en profondeur de doit pas dépasser 2 à 3 mm. L'hémostase sera assurée par des points simples. Les complications opératoires les plus fréquentes sont le risque de lésion vésicale particulièrement en cas d'hystérectomie préalable et les risques hémorragiques. Ces complications sont notées 10 à 15 % et diminuent avec l'expérience du chirurgien. Le taux de guérison après colpectomie partielle atteint 68 à 83 %, faisant de cette méthode le traitement le plus efficace des VaIN.

3) L'irradiation des lésions vaginales non invasives a été proposée mais compte-tenu des complications et des répercussions fonctionnelles notées dans au-moins 36 % des cas ce traitement est en règle générale réservé aux lésions micro-invasives ou invasives avérées bien que son efficacité soit proche de 100 % en cas de VaIN.

## CONCLUSION

Les VaIN 2 et 3 représentent des lésions précurseurs de cancers invasifs du vagin. Chez la femme jeune ces lésions seront plutôt traitées par vaporisation laser ; en revanche, chez la femme plus âgée l'exérèse chirurgicale devrait être privilégiée pour ne pas méconnaître un cancer occulte.

# CHARTRE DE QUALITÉ EN COLPOSCOPIE ET PATHOLOGIE CERVICO-VAGINALE

## Actualités, perspectives & mode de fonctionnement

*Comité de pilotage\* :*

*Société Française de colposcopie et pathologie cervicale (SFCPCV) ; Collège National des gynécologues & obstétriciens Français (CNGOF) ; Fédération Nationale des collèges de gynécologies médicale (FNCGM) ; Société Française de gynécologie (SFG)*

*- pour la SFCPCV : C. Bergeron, P. Raulic, J. Rimailho*

*- pour le CNGOF : J. Gondry, J. Marchetta, D. Reithmuller*

*- pour la FNCGM : F. Mousteou, P. de Reilhac - pour la SFG : J-L Mergui ; G. Boutet*

*Correspondance \* : J-L Mergui Hôpital Tenon Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction 4 rue de la chine 75020 Paris (jlmergui@wanadoo.fr)*

Depuis plus de 10 ans sous l'impulsion et l'exemple de nos collègues colposcopistes du Royaume-Uni, de nombreux pays européens comme l'Italie, la Grèce & l'Espagne ont mis en place une procédure de contrôle de qualité en pathologie cervicale.

La Colposcopie est toujours la cible de critiques sur sa sensibilité et sa spécificité, ainsi que sur la variabilité de ses conclusions, d'un opérateur à un autre. Par ailleurs les conséquences de prises en charge inadaptées sur les cols de femmes souvent jeunes peuvent compromettre leur avenir obstétrical. Il semble toutefois que ces paramètres peuvent s'améliorer si les colposcopistes :

- sont correctement formés, par un enseignement de base complet à la fois théorique et pratique avec cas cliniques
- participent régulièrement à des trainings et ou séances de développement professionnels continus avec notamment des formations ou discussions basées sur des cas cliniques
- si la colposcopie est effectuée après des indications reconnues, notamment en aval d'une cytologie franchement anormale (Haut grade)

Aujourd'hui plus de 260 gynécologues en France ont fait la démarche d'une adhésion à la charte dont la liste est officiellement présentée sur le site de la SFCPCV.

### **I- Principe Initial de la charte de qualité.**

Il s'agit de mettre en place une procédure volontaire proposée par des praticiens responsables, issus des principales sociétés scientifiques gynécologiques au niveau national (comité de pilotage).

Celle-ci a pour but :

- d'homogénéiser, la formation initiale des médecins en charge de la prévention du cancer du col.
- d'assurer la conformité des pratiques dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des précurseurs du cancer du col dans le cadre des recommandations nationales voire Européennes.

L'objectif étant d'assurer de ce fait une amélioration globale de la qualité ou tout du moins une homogénéisation de celle-ci afin de conforter patientes & médecins.

Cette démarche ne vise pas à restreindre la pratique colposcopique à un petit nombre de praticiens hyperspécialisés mais au contraire à apporter le minimum requis pour une bonne pratique, au plus grand nombre.

Sous l'impulsion du CNGOF et de la SFCPCV, avec le concours de la SFG et de la FNCGM une telle démarche s'est progressivement mise en place. Une réflexion commune des ces quatre sociétés a permis de mettre en place une commission.

C'est ce travail de constitution d'une « charte de qualité » qui fait l'objet de ce texte auquel plus de 250 colposcopistes ont déjà adhéré et pour lequel chacun d'entre nous doit consentir afin de lui conférer une légitimité naturelle.

### **II- Commission charte de qualité en pathologie cervicale :**

Celle-ci a été créée sous l'égide des principales sociétés savantes de gynécologie : CNGOF, SFCPCV, SFG & FNCGM. Elle est formée de 10 membres élus.

Cette commission qui se réunit régulièrement au cours des 3 années de son mandat (2010-2012) doit être prise en



charge administrativement par le conseil national professionnel dédié aux bonnes pratiques en Gynécologie et en Obstétrique (CNPGO).

**Le CNPGO** : Celui ci a été constitué entre le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale et la Société Française de Gynécologie sous la forme d'une association régie par la loi de 1901, qui a pour objet de promouvoir les bonnes pratiques en gynécologie et en obstétrique en particulier par le développement professionnel continu (DPC).

Cette entité est un interlocuteur privilégié, en particulier vis-à-vis de la HAS et de la FSM.

Son siège est fixé au : **91 boulevard Sébastopol 75002 Paris, auquel les demandes d'adhésion à la charte de qualité en colposcopie et pathologie cervicale** devront être adressées (adresse E mail : colposcopie.cnpgo@gmail.com après avoir rempli le formulaire d'adhésion que l'on peut retrouver soit sur le site du CNGOF soit sur celui de la SFCPCV).

Les objectifs de cette commission sont :

- de mettre en place, définir puis adapter les critères de qualité requis afin d'obtenir le label de la « charte » de qualité
- l'homogénéisation et l'agrément des enseignements ou formations locales ou régionales.

### **Procédure de mise en place initiale démarrée au premier trimestre 2010 et se terminant fin 2012.**

La commission a proposé une mise en place de cette charte de qualité en pathologie cervico-vaginale passant par deux étapes

- une première étape d'**adhésion volontaire** initiale : 2010-2012
- suivie d'une procédure de **Réinscription tous les 3 ans** : première période 2013-2015

### **III- Adhésion initiale à la Charte de qualité (2010-2012)**

Pour tous les praticiens désirant prendre en charge une pathologie cervico-vaginale pré-neoplasique, cette **procédure est volontaire et individuelle** et doit faire l'objet par le praticien d'une **demande écrite (formulaire sur le site du CNGOF et de la SFCPCV) à adresser au CNPGO**

- par courrier postal : CNPGO commission charte de qualité en Colposcopie et pathologie cervicale 91 boulevard Sébastopol 75002 Paris
- Par Email : colposcopie.cnpgo@gmail.com

La liste des médecins adhérents à la charte de qualité en colposcopie sera publiée, sur le site de la société française de colposcopie et pathologie cervico-vaginale (SFCPCV), afin que l'ensemble des acteurs faisant l'effort de cette adhésion soit valorisée publiquement.

### **Critères de validation de la phase initiale :**

1- cette **adhésion est ouverte à tous les praticiens** « Docteur en médecine » spécialistes en Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie Médicale et aux internes en formation diplômés en France (dans ces spécialités).

2- **pour les médecins déjà en exercice** et ayant une expérience colposcopique « de fait », une simple demande d'adhésion initiale leur est demandée dans les 3 ans suivant la publication de ces recommandations, celle-ci sera **automatiquement accordée** pour exercice de fait.

3- **Pour les praticiens n'ayant pas une pratique de fait**, pour ceux en cours de formation, pour les praticiens diplômés à l'étranger, pour les praticiens non spécialistes en gynécologie et souhaitant adhérer à cette charte de qualité, des critères minimum seront demandés lors de leur adhésion initiale : ceux-ci consisteront en une homogénéisation de la formation initiale au plan national

**-Formation initiale** : Diplôme universitaire ou inter-universitaire (DU ou DIU) de colposcopie et pathologie Cervico-Vaginale, voire autres diplômes non universitaires (dont les critères seront dès lors appréciés par la commission de pilotage) ; mais les enseignements devront être homogénéisés de la façon suivante :

**-a- durée de l'enseignement** : **1 semaine minimum** d'enseignement de la seule pathologie du col, avec contrôle des connaissances

-b- dans l'année suivant ce diplôme (sauf cas particuliers) : un dossier de colposcopies pratiques devra être adressé à la commission:

**Ce dossier comportera, 10 dossiers personnels documentés de colposcopies** supervisées avec recommandation d'utilisation des classifications nationales préconisées par l'ANAES (NB : le nombre de 10 colposcopies n'est pas obligatoire pour le DU mais bien pour la certification initiale, exigée par la commission)

**IV- Réengagement à la charte de qualité en Colposcopie et pathologie cervico-vaginale : période 2012-2015 :** Au début de l'année 2013, l'ensemble des praticiens ayant adhéré à la phase initiale doivent recommencer leur procédure d'adhésion car celle-ci n'est valable que 3 ans.

Elle devra dès lors être renouvelée tous les 3 ans, soit de 2012 à 2015, puis 2016-2018....

Après formation initiale ou lorsque l'accord d'adhésion de qualité a été donné pour exercice de fait, elle comporte deux volets:

- **Un volet diagnostique** : pour la prise en charge diagnostique de la pathologie cervicale.

- **Un volet thérapeutique** : pour la prise en charge thérapeutique **qui ne sera ouvert qu'aux seuls titulaires du volet diagnostique**

Cet engagement de qualité en colposcopie et pathologie Cervico-Vaginale sera donc mis en place **dès Janvier 2013** pour les premières demandes de renouvellement.

**i. Volet Diagnostique** : L'engagement impose une action personnelle et volontaire de mise en place d'une procédure de qualité triennale.

Celle-ci comportera une liste aux contenus simples qu'il conviendra d'adresser tous les 3 ans à la commission, comportant les éléments suivants, (éléments qu'il convient d'ores et déjà de réunir afin de pouvoir les fournir en 2013) :

**1.** présence à un **congrès national ou international** uniquement dédié à la pathologie cervico-vaginale : sur une durée minimale de 2 demi-journées de 3 heures, cette présence sera exigée au minimum **tous les 3 ans**,

**2-** présence à une **Formation régionale ou locale chaque année**, ou adhésion à un programme d'EPP sur la pathologie cervico-vaginale, ou de training en Colposcopie, Une accréditation des structures organisatrices devra être demandée si le congrès, la réunion ou l'évaluation (EPP) n'est pas dans une liste certifiée (critères requis : durée minimale de la session dédiée à la pathologie cervico-vaginale de 3 Heures ou deux sessions de 1heure 30).

**3-** inscription à la SFCPCV ou autre organisme (société savante) ayant fait la démarche d'adhésion à la charte de qualité (organisation d'au moins 2 sessions -d'une demi journée- dédiées à la formation en pathologie cervico-vaginale, chaque année)

**4-** Déclaration d'environ 50 patientes en colposcopie/an (sans critères qualitatifs en l'absence de contrôle de qualité des laboratoires de cyto-pathologie). Les critères quantitatifs seront définitivement adoptés puis adaptés par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières.

**ii. Volet Thérapeutique** : cette demande devra être volontaire et comporte un pré-requis préalable:

1. Etre adhérent et avoir **obtenu le label du volet diagnostique**.

2. Déclarer faire environ **20 gestes thérapeutiques conservateurs** (résection ou destruction) par an. Les critères quantitatifs seront définitivement adoptés puis adaptés par les décisions de la commission, lors de ses réunions plénières. La commission se réserve le droit de demander éventuellement au requérant le détail des dossiers de ses prises en charge thérapeutiques.

3. Avoir une histologie des pièces d'exérèse porteuses de lésions significatives de **CIN2+ dans plus de 70% des cas**.

### **Conclusion :**

Au total, l'amélioration des performances de la colposcopie et de la prévention du cancer du col passe probablement par deux types de mesures :

- Individuelles, basées sur le volontariat des colposcopistes pour améliorer leur pratique par une meilleure formation. La participation à des trainings, des audits d'autoévaluation de leur pratique et l'adhésion à une charte de bonne pratique clinique basée sur l'application de recommandations nationales voire européennes.

- Collectives, basées sur l'augmentation du nombre de colposcopistes, la valorisation de l'examen et l'organisation du dépistage du cancer du col, avec des procédures de contrôle de qualité et des audits de résultats annuels tant des praticiens cliniciens que des structures cyto-histologiques ou virologiques.

Cette procédure d'assurance qualité, permettra à chacun de mieux connaître (et ainsi faire reconnaître, ses efforts d'amélioration et de maintien de ses connaissances) et conserver des procédures adaptées de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques pour une meilleure prévention du cancer du col utérin.

# LE SITE DE LA BIOPSIE

*Jacques MARCHETTA*

*CHU Angers – Nantes*

---

## 1) L'ENJEU COLPOSCOPIQUE

Pour ce qui est du diagnostic des lésions pré néoplasiques du col utérin, celui-ci appartient in fine à l'anatomopathologiste qui en détient donc le « gold standard ».

Mais, tout comme l'argent ne fait pas le bonheur de celui qui n'en a pas, l'anatomopathologiste ne fait pas le diagnostic des zones pathologiques qu'on lui donne pas. Le problème du colposcopiste est donc d'apporter à l'histologiste des bonnes zones pathologiques, autrement dit de biopsier là où il faut.

Ainsi le diagnostic devient fortement dépendant de la qualité de la biopsie donc de la performance du colposcopiste (cette notion a permis d'aboutir à l'établissement « d'une charte de qualité » en Colposcopie et Pathologie du col utérin afin d'assurer ce haut niveau d'interprétation colposcopique et de garantir la forte compétence des colposcopistes).

C'est la principale mission de la colposcopie que d'établir la cartographie précise des zones lésionnelles afin d'orienter le plus exactement possible le site de la biopsie.

## 2) LES DIFFERENTS PRINCIPES BIOPSIQUES

L'école française de colposcopie, surtout représentée par la SFCPCV (Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale) s'est toujours attaché à la séquence diagnostique suivante : Frottis pathologique, colposcopie exploratrice, localisation du site de la biopsie et réalisation d'une biopsie ciblée, diagnostic histologique et traitement adapté.

Cette démarche, dans la pathologie pré-néoplasique du col (CIN) n'est pas accréditée par toutes les écoles. Pour preuve, on peut citer certaines publications évoquant la performance des biopsies multiples sans colposcopie qui aboutiraient au même pourcentage de réussite diagnostique.

Récemment, dans sa publication de juillet 2011, Praetorius proposait de procéder de la façon suivante : Biopsie sous colposcopie sur la zone la plus douteuse, biopsie de principe sur les autres quadrants. Ainsi quatre biopsies sont réalisées dont une seule localisée par la colposcopie. Les performances d'une telle attitude paraissent supérieures que celle de la biopsie unique.

Toutefois, nous maintenons l'idée que le prélèvement effectué par une colposcopie pertinente permettra de cibler très exactement de la zone anormale et que les autres principes biopsiques cultivent la notion de prélèvements aléatoires.

## 3) BIOPSIE ET COLPOSCOPIE :

Nous connaissons les forces et les faiblesses de la colposcopie, faiblesse représentée surtout par son manque de spécificité.

Toutefois, la colposcopie a pour mérite de pouvoir reconnaître dans une proportion non négligeable (15%) des lésions de haut grade pour un frottis de bas grade, ainsi que d'avoir une spécificité nettement améliorée pour les lésions de haut grade. En effet la spécificité de la colposcopie (c'est-à-dire sa capacité de faire un diagnostic lésionnel) passe de 48% pour « tout grade » à 69% dans la pathologie de haut grade. S'il peut exister jusqu'à 66% de colposcopies normales pour des frottis de bas grade, il n'y a que 9.6% de colposcopies normales ou non satisfaisantes pour des frottis de haut grade. C'est donc dans la recherche des lésions graves que la colposcopie trouve son meilleur rendement, toutefois c'est dans la pathologie de bas grade qu'elle nécessite la plus forte compétence.

Parmi ces compétences, l'expérience du colposcopiste intervient en tout premier lieu. Par exemple, il y a 52% de discordances cyto-histologiques liées à une erreur de prélèvement biopsique sous colposcopie, et le risque de trouver une lésion invasive sur une pièce de conisation passe de 0.6% si l'observateur est entraîné (200 colposcopies par an) à 2% si cet observateur est peu entraîné (20 colposcopies par an).

L'équipe de la région Nord-Picardie-Champagne a testé la pertinence de « praticiens » par rapport à des « experts », face à un tableau colposcopique ne comportant que des séquelles de réparation. On a pu constater que 40% des praticiens effectuaient inutilement une biopsie alors qu'un expert n'en réalisait.

Cage en 2006 avait déjà montré que le nombre de prélèvements sur un col est décroissant selon qu'il s'agit d'un interne, d'un résidant, d'un gynécologue général ou d'un gynécologue référent.

D'autres facteurs indépendants de l'expérience du colposcopiste influencent les performances de l'examen : il s'agit essentiellement de l'aspect « satisfaisant » ou « non satisfaisant » de l'exploration colposcopique selon que la jonction a été vue ou non vue totalité. La concordance biopsique est de 82 % si la jonction est observée totalement et seulement de 66 % si la colposcopie est « non satisfaisante ». La sous-évaluation lésionnelle est de 7 % dans les jonctions vues alors qu'elle atteint 20% dans les jonctions non vues.

#### 4) LES PIEGES COLPOSCOPIQUES

Il est indispensable de bien connaître la sémiologie colposcopique pour ne pas tomber dans le principal chausse-trape qui est la confusion entre une métaplasie immature et une TAG 2. En effet, des images similaires pour des syndromes totalement différents peuvent exister.

Il existe des moyens pour éviter les pièges que nous exposerons par images lors du congrès, car par exemple la disposition topographique des zones anormales permettra un diagnostic différentiel pertinent entre les deux situations.

#### 5) CONCLUSION

Dans notre adhésion à l'Ecole Française de Colposcopie, nous maintenons absolument la démarche d'une biopsie orientée par la colposcopie en cas de frottis pathologiques.

La qualité du colposcopiste sera améliorée par les formations régulières dans le cadre de la démarche qualité proposée par la Charte à laquelle nous convions tous les acteurs intervenant dans la pathologie du col à adhérer.

# L'HPV DANS LE COUPLE : INTÉRÊT DU PRÉSERVATIF.

*Pia de Reilhac*

---

La FFPRHC (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care) recommande :

1. L'utilisation constante et correcte des condoms est recommandée pour réduire le risque de transmission de l'HPV génital (grade B)
2. Les condoms masculins en latex lorsqu'ils sont utilisés constamment et correctement peuvent augmenter le taux de clairance de l'HPV et la régression des CIN (grade B)
3. L'utilisation constante et correcte des condoms féminins peut être conseillée pour réduire le risque de transmission de l'HPV génital (bonne pratique clinique)

Le peu d'études retrouvées depuis 2008 nous montre des résultats discordants. Le préservatif n'apporte pas de protection complète de la sphère génitale. L'étude de Winer a démontré que l'utilisation constante du préservatif masculin réduit le risque de contracter une infection cervicale ou vulvo vaginale à HPV chez les jeunes femmes de 18 à 22 ans.

Le préservatif doit toujours être recommandé en cas de condylome génital jusqu'à la guérison.

Le préservatif féminin devrait en théorie assurer une meilleure protection que le préservatif masculin parce qu'il protège mieux la vulve. Mais pour être efficace, le préservatif doit être de bonne qualité et constamment et correctement et demeurer intact.

# RETENTISSEMENT DANS LE COUPLE DE L'INFECTION À HPV

*Aliette Siboni*

---

Toutes les maladies peuvent avoir un impact psychologique sur les individus et sur leur couple, cependant l'infection à papillomavirus réunit tous les éléments pour faire d'elle un cocktail détonant.

- Elle est un ennemi invisible et imprévisible,  
on ne voit rien,  
on ne sent rien,  
on ne sait pas de quand ça date,  
ça peut guérir tout seul,  
ça peut aussi donner le cancer.

- Elle atteint la femme dans ce qu'il y a de plus intime, de plus profond, de plus central ; le col de l'utérus.

Elle touche à la féminité, à la maternité.

- Elle est liée à la sexualité, sujet sensible s'il en est.

- Elle véhicule l'angoisse du cancer, l'angoisse de mort.

Cette pathologie aura donc bien souvent un retentissement sur le couple et ce par plusieurs vecteurs.

- L'image de soi est perturbée, on se sent sale, souillée.

C'est une blessure du corps, une blessure du cœur, une blessure narcissique avec parfois un sentiment de culpabilité. La confiance en soi est altérée.

- L'image de l'autre est elle aussi perturbée avec souvent des sentiments de suspicion, de jalousie, de trahison.

La confiance en l'autre est remise en question.

- La relation sexuelle peut en souffrir, elle peut être vécue comme la pénétration d'un organe potentiellement dangereux, balayant ainsi le fantasme de la communion parfaite.

Des troubles sexuels peuvent apparaître, un manque de désir, des douleurs.

Le corps est désertotisé.

- Consciemment et inconsciemment l'angoisse de la maladie est omniprésente avec la peur du cancer, de la douleur, de la mort.

C'est à travers des témoignages de patientes que nous allons réfléchir à l'impact que peut avoir cette pathologie et par là même à la façon dont nous, médecins pouvons les aider au mieux à traverser cette épreuve.

# VIN ET RISQUE DE CANCER ANAL. OBSERVATION COLPOSCOPIQUE

*Jacobs R, Legendre G, Aynaoud O , Huynh B., Bellazoug R.  
Nazac A., Fernandez H.*

---

La présence de lésions de la marge anale liée à l'HPV est connue depuis longtemps en association, dans la population féminine atteinte de VIN de haut grade HPV-induites. Leur présence nécessite impérativement d'être exploré à la recherche d'un contingent cellulaire carcinomateux au moyen d'un examen au colposcope.

Le cas clinique est celui d'une patiente de 42 ans atteinte d'une condylomatose diffuse vulvo-péri-néale depuis plusieurs années. Elle a bénéficié d'une conisation en 1992 pour une dysplasie cervicale non documentée. Vue en 2005, elle présentait des lésions érythémato-leucoplasiques VIN III diffuses atteignant particulièrement le sillon interlabial gauche, le capuchon clitoridien et la marge anale, avec une diffusion peu importante à l'intérieur du vagin. Traité en 2005 par vaporisation au laser CO<sub>2</sub>, elle est perdue de vue jusqu'en 2011 où elle revient pour une réapparition des lésions de façon diffuse avec kératinisation des lésions déjà traitées. La nouvelle exploration chirurgicale retrouve un VIN indifférencié de haut grade, un AIN de haut grade associé avec un contingent micro-infiltrant lié à l'HPV. La colposcopie avec biopsies ne retrouve pas de dysplasie cervicale mais un effet cytopathogène lié à l'HPV sur le col utérin.

En conclusion, les patientes atteintes de lésions VIN III diffuses et anciennes, difficiles à traiter et parfois à surveiller, doivent bénéficier d'un examen précis concernant de la marge anale, avec au moins une anoscopie haute résolution et des biopsies dirigées sous colposcope et acide acétique. Les cancers de la marge anale sont le plus souvent associés à une infection à l'HPV en association fréquente avec des lésions vulvaires VIN III.

# MELANOMES GENITAUX

*Berakdar isabelle, Ferraioli domineco, Le Bail Carval karine, Mathevet patrice*

*Service de gynécologie - HFME hospices civils de Lyon  
Karine.le-bail-carval@chu-lyon.fr*

---

**Introduction :** Les mélanomes génitaux féminins sont une pathologie rare avec une progression très agressive et un risque élevé de récurrence locale et d'extension métastatique. Les facteurs pronostiques sont mal connus et il n'existe pas de recommandations standardisées concernant les modalités thérapeutiques. Nous proposons d'exposer (iconographie) les cas de mélanomes génitaux pris en charge dans notre service en décrivant rapidement notre attitude thérapeutique et les facteurs pronostiques de cette pathologie.

**Matériel et méthodes :** Entre avril 1994 et mars 2011, 8 patientes présentant un mélanome génital ont été prises en charge dans notre service. 4 patientes présentaient un mélanome vaginal, 1 cervical, 2 vulvaires et 1 vulvo-vaginal. L'âge moyen de ces patientes était de 61.6 ans (43 -74ans) et la taille lésionnelle moyenne était de 39mm (7mm-100mm). Le stade AJCC étaient 4 IIB, 2 IIC, 1 IIIB et 1 IIIC. La lésion était achromique dans 3 cas et pigmentée dans 5 cas. 2 patientes ont eu un curage ganglionnaire d'emblée (dans un cas inguinal et dans l'autre pelvien et lombo aortique) dont 1 patiente N+. 4 patientes ont bénéficié d'une identification du ganglion sentinelle dont 1 N+ à l'histologie définitive. 6 patientes ont eu une chirurgie d'exérèse parmi lesquelles 2 ont eu une chirurgie locale avec une exérèse non in sano et reprise chirurgicale. Les 4 autres ont eu une chirurgie radicale (2 exérèses non in sano avec reprise chirurgicale et 2 exérèses in sano) .1 patiente a eu seulement une chirurgie de stadification sans exérèse en raison de la nécessité de traitement néoadjuvant. Toutes les patientes ont eu une reprise chirurgicale (4 après première exérèse non in sano et 4 suite à une rechute locale ).

**Résultats :** Nous avons observé une progression métastatique très rapide dans 7 cas avec un délai moyen de 6 mois .Les localisations métastatiques étaient pulmonaires dans 5 cas (dont 2 en association à une localisation cérébrale) et une rechute pelvienne 1 fois. Ce dernier cas, suite à sa récurrence isolée a eu une pelvectomie antérieure et est actuellement en rémission macroscopique après 11 mois. 1 patiente est en rémission à 6 mois de l'intervention. Malgré la reprise chirurgicale, la chimiothérapie, la radiothérapie et immunothérapie 6 patientes sur 8 sont rapidement décédées et les 2 autres sont sans maladie macroscopique à ce jour. L'étude de facteurs pronostiques (âge, aspect clinique, diamètre tumoral, profondeur d'infiltration, statut ganglionnaire, traitement adjuvant) ne nous a pas permis de sélectionner un facteur corrélé à la survie. L'unique facteur pourrait être la précocité du diagnostic et la rapidité de la prise en charge.

**Conclusion :** Les mélanomes génitaux restent des lésions à mauvais pronostic malgré les différentes modalités de traitement. L'unique possibilité d'augmenter **les chances de survie des patientes pourrait être un diagnostic précoce associé à une prise en charge rapide par des équipes spécialisées.**



# CONISATION À L'ANSE DIATHERMIQUE

## ETUDE COMPARATIVE ENTRE L'ANSE LOOP ET L'ANSE DE FISCHER

*A-L. Dubourdeau, C. Gay, L. Malincenco, E. Gannard-Pechin, E. Allam N'Doul*

*Service de Gynécologie Obstétrique, Centre hospitalier de Belfort*

---

**Objectif** : La conisation à l'anse diathermique est la méthode la plus répandue. Il existe plusieurs types d'anse dont l'anse de type Loop, la plus utilisée, et l'anse de Fischer, critiquée par certains pour un risque plus élevé d'exérèse incomplète en profondeur et de complications du fait de sa forme conique. Le but de notre travail était de vérifier les critiques avancées à l'encontre de l'anse de Fischer.

**Méthodes** : Il s'agit d'une étude prospective menée au centre hospitalier de Belfort entre septembre 2005 et novembre 2010. Les patientes avec une indication de conisation ont été randomisées en 2 groupes en fonction de l'anse à utiliser. La qualité de la résection, les complications, et le taux de récurrence d'un frottis anormal ont été étudiés.

**Résultats** : 282 patientes ont été incluses, 164 pour le groupe Loop et 118 dans le groupe Fischer. Le taux de fragmentation de la pièce de conisation dans le groupe Loop est de 31,70% (n=52) contre 17,80% (n=21),  $p < 0,05$ , dans le groupe Fisher avec un nombre moyen de pièces de 1,51 contre 1,25. Le taux de résection non in sano, en particulier au niveau de l'endocol et d'altérations de coagulation est comparable dans les 2 groupes et il n'existe pas de différence au niveau des complications, ni au niveau du taux de récurrence d'un frottis anormal après conisation.

**Conclusion** : L'anse de Fischer donne des pièces opératoires moins fragmentées que l'anse Loop tout en ne montrant pas de différence quant à l'exérèse complète de la lésion, le taux de complications ou de récurrence de frottis anormal.

# EVALUATION DE L'IMPACT DU CONTROLE COLPOSCOPIQUE DIRECT SUR LA QUALITE DES TRAITEMENTS D'EXERERE DES CIN

*Céline Grisot (1), Julien Mancini (2, 3), Sophie Giusiano (2, 4), Gilles Houvenaeghel (2, 5), Aubert Agostini (2, 6), Claude d'Ercole (1, 2), Léon Boubli (1, 2), Walter Prendiville (7), Xavier Carcopino\*(1, 2).*

*1-Service de Gynécologie Obstétrique, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), Hôpital Nord, Chemin des Bourrelly, 13015 Marseille, France.*

*2-Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 05, France.*

*3-Service Santé Publique, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), Hôpital de la Timone, 264, Rue Saint-Pierre 13385 Marseille Cedex 5, France*

*4-Service d'Anatomo-Pathologie, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), Hôpital Nord, Chemin des Bourrelly, 13015 Marseille, France.*

*5-Service de Chirurgie Oncologique, Institut Paoli-Calmettes, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, boulevard Sainte-Marguerite, BP 156, 13273 Marseille Cedex 9, France*

*6-Service de Gynécologie Obstétrique, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), Hôpital La Conception, 147 Boulevard Baille, 13385 Marseille Cedex 05, France*

*7-Service de Gynécologie Obstétrique, Royal College of Surgeons in Ireland, The Coombe Women and Infants University Hospital, Dublin 8, Ireland.*

**Objectif :** Evaluer l'impact du contrôle colposcopique direct sur la qualité des traitements d'exérèse des néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN).

**Méthodes :** De janvier 2005 à décembre 2009, une étude rétrospective multicentrique comprenant 469 patientes ayant subi un traitement d'exérèse pour un CIN a été menée. Les données relatives aux statuts des marges d'exérèse et aux dimensions de pièce opératoire ont été recueillies pour chaque conisation.

**Résultats :** Le taux de marges saines n'était significativement pas différent entre les résections pratiquées sans examen colposcopique, avec une colposcopie immédiatement avant la résection et sous contrôle colposcopique direct : 74 (62,2%), 186 (72,9%) et 25 (67,6%), respectivement. La vision colposcopique directe permettait d'augmenter significativement la probabilité d'obtenir des marges de résections saines et des pièces de moins de 10 mm de hauteur : 22(18,5%) vs. 70(27,5%) vs. 14(37,8%), respectivement ( $p=0,039$ ). En analyse multivariée, comparée aux résections pratiquées sans examen colposcopique durant l'intervention, la conisation sous contrôle colposcopique direct assurait une diminution significative et indépendante de la hauteur ( $\beta$ :-2.46 ; IC 95%:-4.45 à -0.47;  $p=0.015$ ) et du diamètre ( $\beta$ :-4.80;IC95%:-7.14 à -2.47;  $p<0.001$ ) des pièces opératoires. Comparée à l'utilisation de la colposcopie juste avant le geste opératoire, la vision colposcopique direct permettait une réduction significative et indépendante du diamètre de cône excisé ( $\beta$ :-6.57; IC95%:-8.78 à -4.35;  $p<0.001$ ) sans modifier significativement la hauteur ( $\beta$ :-1.10; IC95%:-3.01 à -0.80;  $p=0.255$ ).

**Conclusion :** L'usage de la colposcopie et particulièrement de la vision colposcopique directe lors d'un traitement d'exérèse pour un CIN permet d'obtenir des pièces opératoires de plus petites tailles sans modifier le statut des marges.

# APPRÉCIATION ÉCHOGRAPHIQUE DE LA LONGUEUR DE COL RESTANT APRÈS CONISATION : ÉTUDE PRÉLIMINAIRE SUR 41 PATIENTES

Anne Laure Robert<sup>1</sup>, Sébastien Henno<sup>2</sup>, Vincent Lavoué<sup>1</sup>, Habiba Mesbah<sup>3</sup>, Florence Nicolas<sup>1</sup>, Jean Levêque<sup>1</sup>

1 Services de Gynécologie CHU Anne de Bretagne - Rennes

2 Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques CHU Pontchaillou - Rennes

3 Département d'Information Médicale CRLCC Eugène Marquis - Rennes

**Objectif.** Déterminer si les mesures échographiques du col utérin sont utilisables pour évaluer un raccourcissement cervical après conisation.

**Méthode.** Etude prospective incluant toutes les patientes de moins de 45 ans devant subir une conisation (ERAD : électrorésection à l'anse diathermique) au CHU de Rennes, de novembre 2010 à octobre 2011. La longueur du col était mesurée avant et après la conisation par échographie endovaginale (appréciée en localisant l'orifice interne de l'endocol selon la réflexion de la vessie et l'angulation formée par le col et le corps utérin). Ont été comparées la différence de ces mesures et la mesure histologique du conisat fixé inclus. La corrélation entre ces deux méthodes de mesure a été effectuée par un test de Pearson.

**Résultats.** Sur 56 patientes recrutées, les 3 mesures sont disponibles pour 41 patientes. La moyenne des mesures échographiques avant la conisation est de 26,7 mm ( $\pm$  4,8 mm) contre 18mm ( $\pm$  4,3 mm) après la conisation avec une différence moyenne de 8,8 mm ( $\pm$  2,3 mm). La mesure histologique des conisats est de 9,3 mm ( $\pm$  2,8 mm) en moyenne. Une corrélation entre les mesures histologiques et échographiques avec un coefficient de corrélation  $R=0,84$  est retrouvée statistiquement significative ( $p = 0,0001$ ). De plus, dans notre série de 41 patientes, la longueur de col réséqué avec une technique ERAD par rapport à la longueur initiale mesurée en échographie est en moyenne de 33% ( $\pm$  8,3%).

**Conclusion.** Nous constatons une bonne corrélation entre les mesures histologiques des conisats et les mesures échographiques du col utérin avant et après conisation (à l'identique de ce qui a été observé en IRM). Connaissant les conséquences obstétricales des conisations, nous proposons que soit mesuré en échographie le col utérin avant toute conisation et déduite la longueur histologique du conisat afin de connaître au cas par cas la longueur de col fonctionnelle restante. Une évaluation de la mesure du col après cicatrisation à 6 mois est actuellement en cours chez ces patientes.

Références.

1. Founta C, Arbyn M, Valasoulis G, Kyrgiou M, Tsili A, Martin-Hirsch P, Dalkalitsis N, Karakitsos P, Kassanos D, Prendiville W et al: Proportion of excision and cervical healing after large loop excision of the transformation zone for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG* 2010, 117(12):1468-1474.
2. Ricciotti HA, Burke L, Kobelin M, Slomovic B, Ludmir J: Ultrasound evaluation of cervical shortening after loop excision of the transformation zone (LETZ). *Int J Gynaecol Obstet* 1995, 50(2):175-178.
3. Gentry DJ, Baggish MS, Brady K, Walsh PM, Hungler MS: The effects of loop excision of the transformation zone on cervical length: implications for pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000, 182(3):516-520.
4. Paraskevidis E, Bilirakis E, Koliopoulos G, Lolis ED, Kalantaridou S, Paschopoulos M, Plachouras N, Malamou-Mitsi V, Kitchener HC: Cervical regeneration after diathermy excision of cervical intraepithelial neoplasia as assessed by transvaginal sonography. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002, 102(1):88-91.

# CORRÉLATION ENTRE LE GRADE HISTOLOGIQUE DU CURETAGE ENDOCERVICAL ET CELUI DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE EN CAS DE CANCER.

L. Lecointre<sup>1a</sup>, C.Y. Akladios<sup>1a</sup>, G. Averous<sup>1b</sup>, E. Baulon<sup>1a</sup>, V. Thoma<sup>1a</sup>,  
M. Fender<sup>2</sup>, J.J. Baldauf<sup>\*1a</sup>

1 - Hôpitaux universitaires de Strasbourg - Hôpital de Hautepierre -  
1 avenue Molière - 67098 Strasbourg cedex

a - Département de gynécologie et d'obstétrique - b - Service de pathologie  
2 - Association EVE - 69 route du Rhin - 67400 Illkirch Graffenstaden

Le curetage endocervical (CEC) reste une procédure controversée. Les défenseurs de cette procédure notent qu'elle augmente globalement la sensibilité de la colposcopie. Les opposants à cette technique mentionnent son caractère douloureux et les difficultés de l'interprétation anatomopathologique liée à des fragments de petite taille, mal orientés, et souvent sans stroma. L'objectif de notre étude est d'évaluer la fiabilité du CEC en cas de cancer cervical.

## METHODE

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. Ce prélèvement a été réalisé 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 endocervicale de la pièce d'exérèse.

## RESULTATS

Au total 21 des 447 CEC ont été réalisés chez des patientes avec un cancer dans l'endocol : 3 adénocarcinome et une extension endocervicale d'un adénocarcinome endométrial, 17 cancer épidermoïde dont 5 invasifs, 10 microinvasifs de stade 1 et 2 microinvasifs de stade 2. 16 patientes (76%) étaient ménopausées et 3 avaient un antécédent de conisation. Dans 9 cas (45%) le frottis évoquait un cancer épidermoïde (8) ou glandulaire (1). Chez aucune patiente la colposcopie n'était satisfaisante et dans 4 cas seulement l'aspect colposcopique était évocateur d'un cancer alors que l'exocol était totalement normal chez 13 patientes (62%). L'adénocarcinome a été diagnostiqué au curetage endocervical dans 3 cas sur 4 et sous-évalué en adénocarcinome in situ chez une patiente. La proportion de diagnostic exact au CEC pour les lésions épidermoïdes a été de 60 % pour les cancers invasifs (2 diagnostics de CIN3) ; 100% pour les cancers microinvasifs de stade 2 (microinvasion évoquée une fois) et 20% pour les cancers microinvasifs de stade 1 (microinvasion évoquée une fois, 7 diagnostics de CIN3 et un résultat faux négatif). Dans ce dernier cas la conisation a été réalisée pour une discordance cyto-colposcopique chez une patiente de 46 ans adressée pour une lésion intraépithéliale de haut grade au frottis avec une colposcopie non satisfaisante et un exocol et un vagin normal.

## CONCLUSION

La contribution du curetage endocervical au diagnostic final de cancer est particulièrement nette dans notre série où 100% des patientes ont une colposcopie non satisfaisante et 62 % un exocol normal. Avec un taux de faux négatifs inférieur à 5 % cet examen apparaît par ailleurs très fiable.