

Suivi des cytologies anormales au cours de la grossesse

Guy Waddell

Évolution des lésions intraépithéliales

Le risque d'évolution des lésions intraépithéliales de degré élevé vers une lésion invasive au cours de la grossesse est rare tandis que la régression post-partum est fréquente. Une étude menée auprès de 153 patientes ayant eu un diagnostic de lésion CIN II ou III au cours de la grossesse a révélé, lors du suivi, un taux de régression de 69 % et aucune lésion invasive en post-partum¹. Cette évolution est en accord avec une baisse temporaire du système immunitaire observée chez la femme enceinte. Cette réduction transitoire des défenses naturelles permet d'éviter le rejet des tissus gestationnels « étrangers », mais permet aussi au VPH (virus du papillome humain) de causer une lésion intraépithéliale. Heureusement, cette réduction de l'immunité est trop courte pour permettre l'évolution vers un cancer au cours des neuf mois de la grossesse. De plus, en post-partum, le retour à l'immunité d'avant la grossesse amène la régression de la majorité de ces lésions.

Conduite à tenir

La patiente dont la cytologie est associée à un faible risque de lésion invasive (ASC-US ou LSIL) devrait avoir une évaluation colposcopique durant la grossesse ou encore en période post-partum. La femme enceinte dont la cytologie est associée à plus de risques (ASC-H, HSIL, AGC ou AIS) doit avoir une colposcopie sans délai au cours de la grossesse.

Colposcopie

La colposcopie en cours de grossesse a pour but principal d'exclure la présence d'une lésion invasive^{2,3}, la seule qui nécessiterait une intervention thérapeutique pendant cette période⁴.

Le Dr Guy Waddell, gynécologue-obstétricien, exerce à l'Hôpital Fleurimont du CHUS, à Sherbrooke.

Encadré

Lexique

ASC-US	Altération des cellules pavimenteuses de signification indéterminée
ASC-H	Altération des cellules pavimenteuses, lésion de degré élevé non exclue
LSIL	Lésion intraépithéliale pavimenteuse de faible degré
HSIL	Lésion intraépithéliale pavimenteuse de degré élevé
AGC	Altération des cellules glandulaires indéterminée ou évocatrice de néoplasie
AIS	Adénocarcinome <i>in situ</i>
CIS	Carcinome <i>in situ</i>
CIN	Néoplasie intraépithéliale cervicale

Pour faciliter la compréhension du texte, on peut dire que :

- ☉ Lésion intraépithéliale de faible degré = CIN I ou condylome
- ☉ Lésion intraépithéliale de degré élevé = CIN II ou III ou CIS

La colposcopie au cours de la grossesse ne présente pas de risque ni pour la mère ni pour le fœtus si elle est adaptée à la situation. Toutefois, le curetage endocervical doit être évité par crainte de rompre le sac gestationnel ou de mettre la grossesse en péril. Les biopsies ne sont pas contre-indiquées, mais seront réservées aux lésions visibles évocatrices de lésions CIN III, de AIS ou de cancer⁵. Les biopsies ne sont pas associées à un risque accru de mauvais devenir périnataux, mais la présence de saignements ou de contractions qui peuvent y être associés, même bénins, sont sources d'anxiété. Il est possible que le colposcopiste ait l'impression qu'une lésion soit de type CIN I alors qu'en réalité elle est de type CIN II ou III. Toutefois, le risque que cette lésion soit invasive est minime, ce qui permet d'éviter beaucoup

de biopsies chez les patientes enceintes.

Techniquement, la visualisation du col est souvent plus difficile que chez la femme qui n'est pas enceinte étant donné la protubérance des parois vaginales, surtout au troisième trimestre. Par contre, la jonction squamocylindrique est habituellement extériorisée par un ectropion physiologique, ce qui facilite l'observation de la zone de transition. Par ailleurs, l'emploi de solutions comme l'acide acétique à 5 % ou le Lugol (iode) n'est pas problématique et peut se faire sans craintes.

Traitement

Les lésions préinvasives, qu'elles soient de degré faible ou élevé, ne nécessitent aucun traitement pendant la grossesse. Ainsi, aucun traitement d'ablation cervicale (Ex. : cryothérapie) ne devrait être fait au cours de la grossesse. Comme le traitement excisionnel du col (conisation) comporte des risques de saignement important ou de travail prématuré², il n'est indiqué que pour une lésion évoquant une invasion ou une micro-invasion, soit par la cytologie, la biopsie dirigée ou l'aspect colposcopique. Une lésion invasive en cours de grossesse nécessite une prise en charge par un gynécologue ayant une expertise en oncologie, et son traitement est très délicat. Selon l'âge gestationnel, il pourrait être nécessaire d'interrompre la grossesse ou de procéder à l'accouchement prématurément.

La très grande majorité des patientes n'ayant pas de lésions invasives devraient être réévaluées à tous les

trimestres par des cytologies et des colposcopies⁵. Une évaluation complète avec, au besoin, un curetage endocervical et des biopsies doit être prévue en postpartum avec un traitement selon les algorithmes usuels.

Les lésions condylomateuses vulvaires ou vaginales peuvent parfois augmenter rapidement de volume ou être mal tolérées par les patientes. Dans ces circonstances, elles pourraient être détruites ou excisées par les techniques habituelles (bistouri, anse diathermique, laser, acide trichloracétique). Toutefois, l'utilisation de podophylline ou de ses produits dérivés est contre-indiquée étant donné les risques de neuro- ou de myélotoxicité. ☞

Date de réception : 11 décembre 2005

Date d'acceptation : 20 décembre 2005

Bibliographie

1. Yost NP, Santoso JT, McIntire DD, Iliya FA. Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. *Obstet Gynecol* 1999 ; 93 (3) : 359-62.
2. Demeter A, Sziller I, Csapo Z, Szantho A, Papp Z. Outcome of pregnancies after cold-knife conization of the uterine cervix during pregnancy. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002 ; 23 (3) : 207-10.
3. Takushi M, Moromizato H, Sakumoto K, Kanazawa K. Management of invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: outcome of intentional delay in treatment. *Gynecol Oncol* 2002 ; 87 : 185-9.
4. ACOG Practice bulletin no. 66. Management of abnormal cervical cytology and histology. *Obstet Gynecol* 2005 ; 106 : 645.
5. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. ASCCP-Sponsored Consensus Conference. *JAMA* 2002 ; 287 : 2120-9.



Pour de plus amples renseignements, vous pouvez nous joindre par courriel, à sales@infopeoms.com, ou par téléphone, au (434) 971-1816

www.infopeoms.com

 **InfoPOEMs**[®]
Daily Doses of Knowledge™

 **InfoRetriever**[®]
Knowledge at the Point of Care™