



Comment surveiller les lésions pendant la grossesse ?

J. Rimailho

Les circonstances de la surveillance

- Patiente asymptomatique dépistée en début de grossesse
- Patiente symptomatique ou connue pour infection à HPV

Pourquoi surveiller ?

- Maternel : le cancer
 - Promotion du cancer par la grossesse ? (*Wright, Massad 2007*)
 - Risque de Kc après Cin HG X 2 à 5 (*Mergui 2008*)
 - Risque / l'accouchement
- Nouveau-né: l'infection à HPV
 - Traitements intempestifs : avortement/ prématurité
 - Risque de transmission materno-fœtale



LA CYTOLOGIE PENDANT LA GROSSESSE

Le frottis : quand et comment?

- Première visite prénatale
- Systématique après 25 ans , si pas de FCV normal dans les deux ans précédents.
- Pas de prélèvement endocervical
- Recommandations CNGOF 2007

Valeur de la cytologie pendant la grossesse

Des modifications cellulaires spécifiques:

- Cellules naviculaires (Papanicolaou, 1925)
- Hyperplasie des cellules endocervicales
- Contexte inflammatoire important

Les résultats:

- Anomalies plus nombreuses (1 à 8%)
- Dysplasies : (0,5 à 3%)
- Plus de faux positifs: hyperplasie des couches basales, cellules déciduales ou trophoblastiques
- Test HPV : valeur prédictive négative / Ascus

Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse, Mathevet, 2008

QUE FAIRE DEVANT UNE
ANOMALIE
CYTOLOGIQUE PENDANT
LA GROSSESSE ?



Frottis anormal : ANAES 2002

Colposcopie immédiate car :

Surveillance cytologique insuffisante

Faible concordance

Colposcopie optimale < 12 SA

Contrôle cyto-colposcopique au 6-7^{ème} mois
recommandé si CIN confirmé par la biopsie

Traitement généralement différé au post-partum

Conisation exceptionnellement nécessaire si doute sur cancer invasif

car :

Non in sano ½

Risque hémorragique

Risque foetal

Indications de la colposcopie :

- Tout FCV anormal ?
 - ANAES 2002
 - ASCCP 2012:
 - ASCUS
 - Idem femmes non enceintes
 - Exception : différer colposcopie à 6 semaines post partum alternative acceptable
 - LSIL:
 - Colposcopie préférée
 - Si âge < 25 ans : différer après 6 semaines du postpartum est acceptable
 - AGC : pas de curetage endocervical



COMMENT FAIRE LA COLPOSCOPIE PENDANT LA GROSSESSE ?

La colposcopie quand et comment ?

Idéalement avant 12SA , puis 6-7^{ème} mois

Difficultés spécifiques du 6-7^{ème} mois

Modifications physiologiques : déciduose

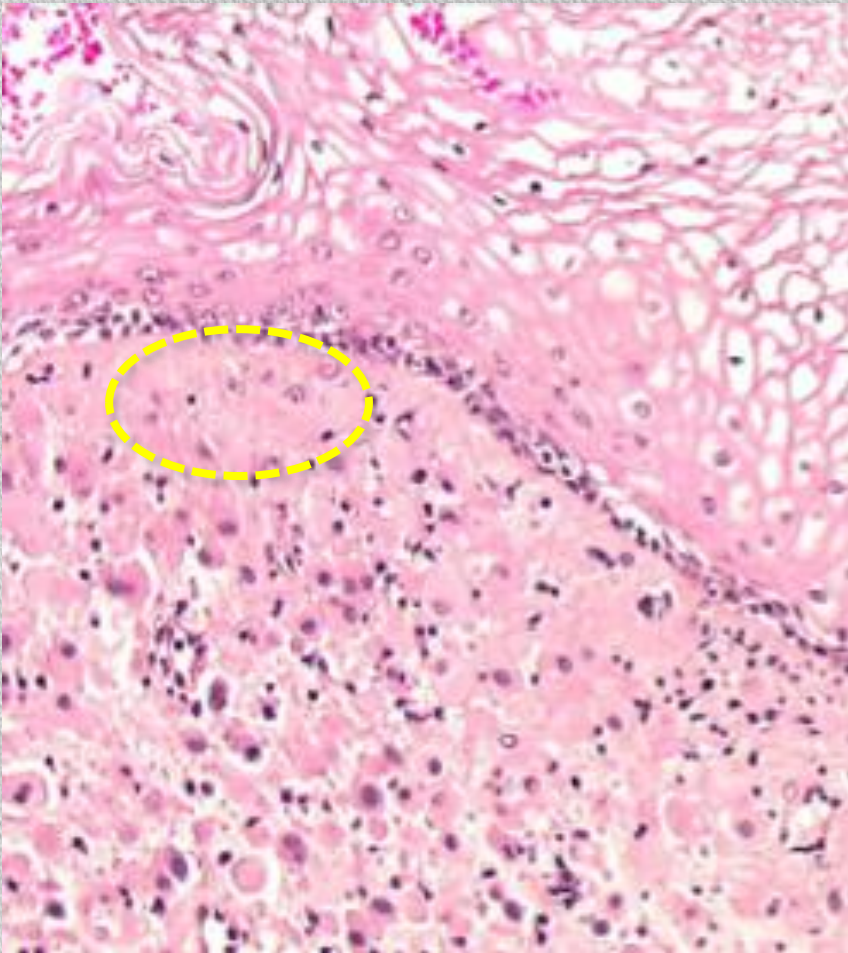
Un seul objectif : s'assurer de l'absence d'infiltration

La déciduose

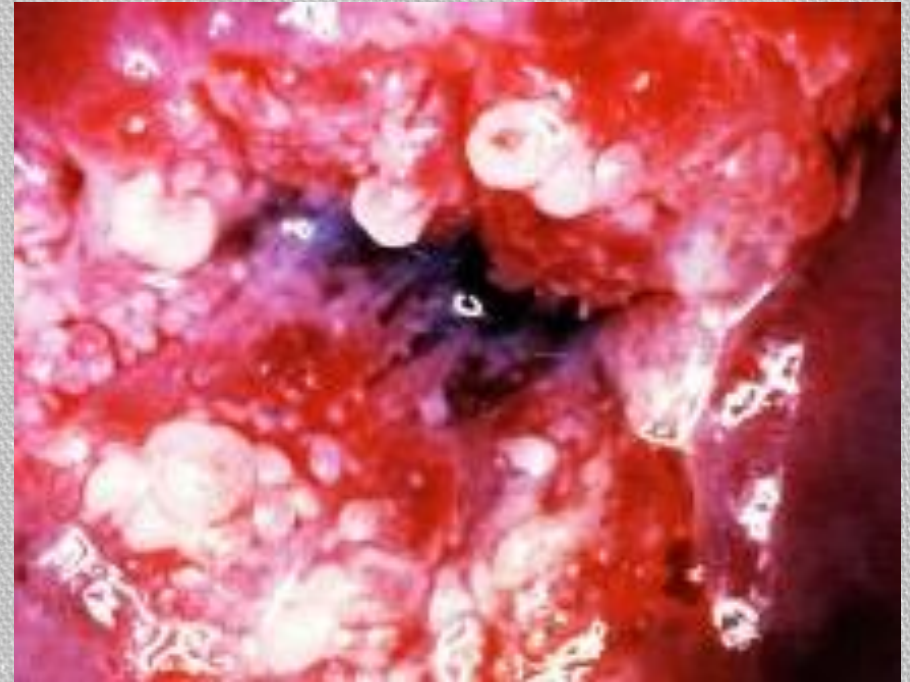
- Décidualisation de l'endomètre physiologique pendant la grossesse
- Localisations ectopiques multiples possibles
- 30% des biopsies de col (Schneider- Acta Cytologica -1981)
- Cellules de grandes taille, au cytoplasme éosinophile
- 3 étiologies évoquées :
 - Endométriose
 - Fibroblastes
 - Endomètre

Ectopic decidua: variability of presentation in pregnancy and differential diagnose.
[Gynecol Obstet Fertil. 2012](#)

Déciduose en territoire malpighien



Déciduose en territoire glandulaire



Résultats et performances de la colposcopie pendant la grossesse

Éversion de la jonction à 20 SA
(Economos- 1993)

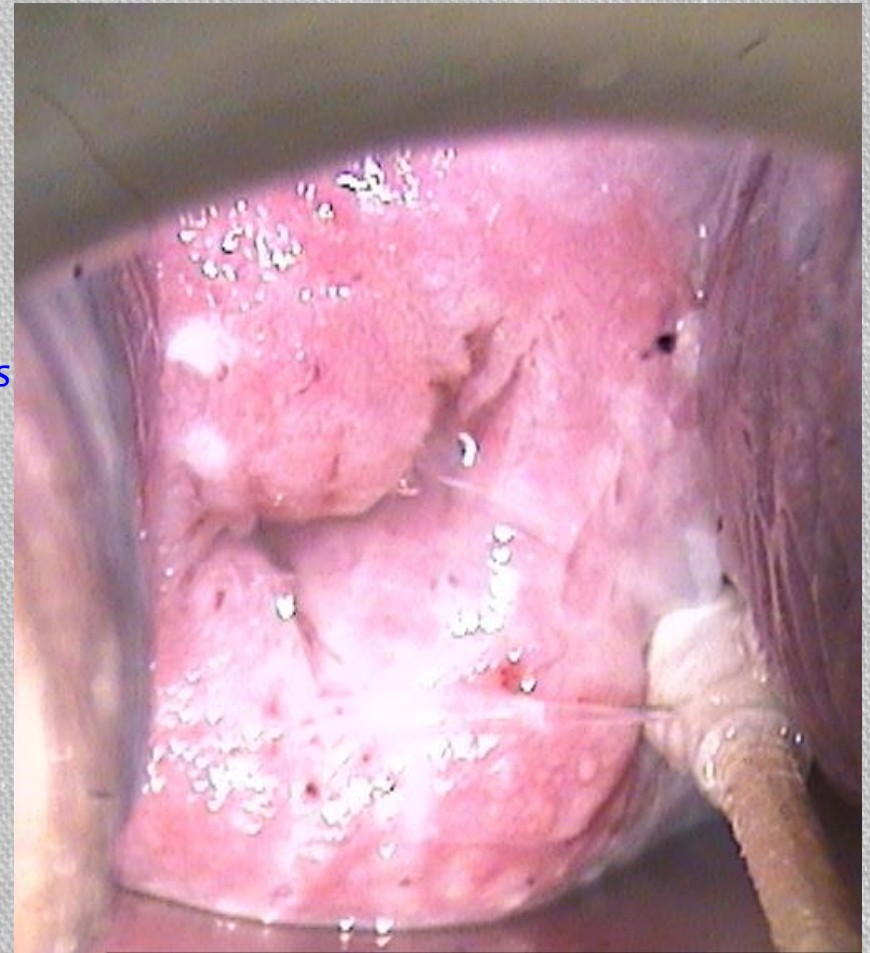
70% de concordance cyto-
colposcopique (Baldauf- 1995)

Améliorée par la biopsie (Economos
1993 et Woodrow 1998)

Complications < 0,6% (Hacker- 1982)

17,6% surévaluation des lésions
(acidophilie, mucus,
vascularisation)

Bonne concordance biopsie /
conisation post-partum (J. Lévêque
2006)



PEUT-ON BIOPSIER LE
COL PENDANT LA
GROSSESSE ?



La biopsie

Indispensable mais risque hémorragique de 0 à 5%

2,89% > règles

Wu Arc Gynecol Obstet -2014

Réduit si pince de petite taille

- Avant 12 SA : Objectif diagnostique, pas de différence, mais éviter les biopsies multiples
- Après 12 SA : éviter de méconnaître une invasion si signes de gravité, mais risque hémorragique accru

Tamponnement presque toujours suffisant

Bonne corrélation avec le diagnostic final (conisation du post-partum)



FAUT-IL TRAITER LES
LIEHG PENDANT LA
GROSSESSE ?

Conséquences des traitements

- Risque hémorragique augmente avec l'âge de la grossesse, parfois transfusion nécessaire (*Mathevet 2008*)
- 9% de saignements post-opératoires
- Conisation ½ non in sano
- Risque majoré de fausses couches si conisation au 2^{ème} trimestre
- Risque majoré d'accouchement prématuré



Risque évolutif des LIEHG



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

**Diagnostic et prise en charge des lésions
précancéreuses du col utérin pendant la grossesse**
**Precancerous cervical lesions during pregnancy:
Diagnostic and treatment**

L. Selleret, P. Mathevet*

Service de gynécologie-obstétrique, pavillon L, hôpital Édouard-Herriot, 5, place Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

Disponible sur Internet le 11 janvier 2008

Méta-analyse sur 1435 publications

Natural history of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy.
Serati M , Acta Obstet Gynecol Scand.2008

Etude prospective sur 4 ans

Toutes les patientes ont eu une colposcopie si fcu anormal

72 patientes (36 CIN2+ et 42 CIN1)

suivi exclusif (conisation postpartum si persistance Cin2+):

Cin2+ : 0 invasion, 53% de persistance pour 47% de régression

Cin1 : 69% de régression et 17% de persistance (aggravation 14,3%, 0 cancer)

The management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy: is colposcopy necessary?

Wetta LAJ Low Genit Tract Dis. 2009

2006 (ASCP) : possibilité d'attendre postpartum si Ascus/LSIL

Etude rétrospective (2005-2007)

Colposcopie et biopsies non systématiques

Méthodologie critiquable

Clinical Management of cervical intraepithelial neoplasia in pregnant and postpartum women

Y-M Wu Arc Gynecol Obstet (2014)

Etude prospective contrôlée/ 27230 femmes enceintes

Colposcopie et biopsie/fcv anormal

Contrôle colpo-histologique à 8-12 semaine

2260 FCV anormaux (8,12%)

369 patientes ont eu colposcopie et biopsie (1891 refus donc exclues de l'étude)

14 perdues de vues

15 micro-invasifs

116 cervicites

124 CIN1

49 CIN2

65 CIN3

1^{ère} colpo : 16+/- 3 SA

2^{ème} colpo : 27+/-2 SA

2,89% de saignements > règles (7>24SA; 6 biopsies multiples; 9 > CIN3)

L'évolution des CIN

- Aggravation < 5%
- Taux de régression en post-partum variables :
 - Taux de régression LIEBG > LIEHG
 - Modalités d'accouchement ?
- Cancers invasifs : sous-estimation initiale
(*Van Calsteren 2005*)
- Le vrai risque : perdue de vue en post-partum **12,9%**

A stylized, monochromatic illustration of a plant with several large, pointed leaves and a cluster of small, round buds or flowers on the left side. The illustration is set against a dark brown background that occupies the left half of the slide.

LE CANCER PENDANT LA GROSSESSE

Que faire devant un cancer invasif ?

- Age de la grossesse :
 - 50% découverts à la première consultation prénatale
 - Micro-invasifs par conisation sur signes de gravité colposcopiques
- IRM
- Attitude basée sur le stade clinique et radiologique : IA1, IA2, IB
(Hacker 1982, Sood 1998, Hopkins 1992)
- La grossesse n'aggrave pas le pronostic du cancer (NP3)
- Le délai thérapeutique non plus (NP3) (?)
- Décision multidisciplinaire prenant en compte le souhait de fertilité et le risque carcinologique



ET LES LIEBG ?

Transmission HPV mère-enfant

- Risque de transmission materno-foétale faible:
 - Verticale (Papillomatose juvénile HPV 6-11)
 - Horizontale par le placenta
- Traitement préventif souhaitable
 - Acide trichloracétique (70-80%)
 - Laser dernier mois

*Human Papillomavirus (HPV) Infection in pregnant women and mother-to-child transmission of genital HPV genotypes: à prospective study in Spain
X. Castellsagué, X. Bosch- BMC Infectious Disease 2009*

Conclusions

Le diagnostic doit être complet (< 25 ans ?)

En cas de lésion prouvée, le suivi colposcopique est nécessaire , > cytologie, mais difficile

Biopsies possibles, nécessaires, mais prudentes

Contrôle en post-partum +++ entre 6 et 12 semaines maximum

Eviter les traitements intempestifs, mais:

- Conisation si doute sur invasion

- Condylomes exophytiques avant accouchement

Situations complexes : RCP