

Congrès internationaux

par le Dr Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

Gynæcologia 2005

(Paris, du 8 au 9 décembre 2005)

Comme chaque année, la Revue du Praticien-Gynécologie et le Docteur Mergui ont organisé le congrès GYNECOLOGIA début décembre au CAP 15 à Paris. Si les sujets visent plus les spécialistes, les médecins généralistes intéressés et pratiquant la gynécologie y trouveront plusieurs informations utiles au quotidien.

Jonction invisible : que faire ?

Il arrive fréquemment que, lors de l'examen gynécologique au spéculum, la jonction cervico-vaginale ne soit pas vue (en moyenne 20% des examens). Dans ce cas que faire ? Cette situation se présente essentiellement chez les patientes ménopausées (jonction visible que dans 28% des cas) mais également chez celles ayant subi une intervention au niveau du col (conisation par exemple). Chez la femme en période fertile, réaliser le prélèvement en période péri-ovulatoire augmente la visibilité. Ne pas oublier d'ouvrir correctement le spéculum ! Divers petits moyens peuvent également être utilisés : aspiration du bouchon muqueux à la seringue, écartement des lèvres du col avec une pince classique ou longuette...

Après la ménopause, la solution la plus simple permettant d'améliorer la qualité du frottis est la prise par la patiente d'œstrogènes par voie locale ou générale pendant 10 jours. Ceci permet, du moins chez la femme ménopausée, d'améliorer la qualité des cellules vaginales et de la jonction et de redescendre celle-ci. En cas d'inefficacité, l'ANAES¹ propose soit un curetage de l'endocol, soit une recherche directe d'HPV qui peut se faire aussi au niveau vaginal, vulvaire, urétral, anal et sur biopsie. En effet, ce test s'il est négatif permettra de rassurer le médecin et la patiente et de refaire un contrôle à un an.

D'après l'exposé « Que faire quand la zone de jonction est non vue ? » du Dr Jean GONDREY

Indications du test HPV

Les relations entre HPV et cancer du col sont clairement établies : un HPV oncogène est quasi toujours retrouvé dans les cancers du col. De plus la charge virale et le caractère persistant de l'infection à HPV oncogène (essentiellement HPV 18,16) sont des facteurs de risques importants de la cancérisation des lésions retrouvées. Cette mise en évidence se fait par PCR sur un frottis en couche mince (ou en milieu liquide). De nombreuses études ont démontré la haute valeur prédictive d'un test positif avec comme conséquence qu'un seul test HPV oncogène positif est nettement plus sensible que des frottis de col répétés. En France, actuellement, le typage HPV est remboursé pour le triage des lésions ASC-US. Les ASC-US représentent 90% des atypies malpighiennes. Cela correspond à une fréquence d'infection HPV entre 45 et 65%. On y retrouve 5 à 90% de CIN 2-3. Le typage HPV permet donc de sélectionner les patientes à risque à suivre de près.

Une autre indication est le suivi post-opératoire des femmes traitées pour lésions cervicales. Ces patientes ont un risque élevé de récurrences (risque relatif = 5) ce qui nécessite un contrôle tous les 6 mois pendant 7 ans. Or la valeur prédictive négative du test HPV est de 99%. Cela signifie que si le frottis cervico-vaginal et le test HPV sont négatifs au 1^{er} contrôle réalisé à 3 mois, les contrôles pourront être espacés. Par contre, en cas de positivité, la surveillance sera intensifiée.

D'après l'exposé « Indication du test HPV en pratique clinique » du Dr Bernard BLANC, gynécologue à l'Hôpital de la Conception, Marseille

HPV & grossesse

Pendant la grossesse, en cas d'anomalies du frottis cervico-vaginal, les cancers micro invasifs représentent 5,7% et macro invasifs 2,6% des lésions. Mais, une intervention sur un col gravide donne un risque hémorragique (allant jusqu'à la nécessité de transfusions) de 10% ainsi qu'un risque de prématurité de 15% et de pertes fœtales dans 7-50% des cas. De plus, la majorité des lésions découvertes régressent spontanément dans les 2 ans

du post-partum et il y a peu de risque d'aggravation. Les interventions pendant la grossesse sont donc exceptionnelles.

D'après l'exposé « Conséquences obstétricales des traitements cervicaux » du Dr Léon BOUBLI, CHU Nord Marseille

Conisation : et après ?

Après conisation, les risques d'infertilité augmentent à 1-2%. On retrouve une sténose cervicale dans 7% des cas. De plus l'électrocoagulation large est un facteur de risque de développement d'anticorps anti-spermatozoïdes. Ce risque est d'autant plus élevé que la reprise des rapports est précoce et non protégé.

Le risque d'accouchement prématuré est augmenté à 20%, risque encore augmenté par le cerclage préventif. Le taux de césarienne et d'extraction instrumentale augmente également. Il faut impérativement retenir qu'en cas de conisation, aucun toucher vaginal ne sera fait pendant la grossesse vu le risque important d'accouchement prématuré.

D'après l'exposé « Conséquences obstétricales des traitements cervicaux » du Dr Léon BOUBLI, CHU Nord Marseille

Pilule et thromboembolies

Le risque thromboembolique augmente au-delà de 40 ans. Ce risque est d'autant majoré que la femme fume et qu'il existe des antécédents d'accidents cardio-vasculaires chez un parent du 1^{er} degré en dessous de 65 ans. Il est donc indispensable d'évaluer le risque de la contraception en fonction du risque cardio-vasculaire. Ceci est valable aussi pour les pathologies veineuses thromboemboliques qui restent une contre indication formelle à la contraception orale. En pratique, si le risque de la contraception orale est augmenté au-delà de 35 ans surtout si la femme fume plus de 15 cigarettes par jour, il est actuellement plus limité depuis les pilules dosées à 30 γ. Nous ne connaissons pas encore l'effet à long terme des progestatifs de 3^e génération. En dépistage, il conviendra donc après un examen général

(a) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé <http://www.anaes.fr>

avec prise de la TA, et anamnèse personnelle (tabac? antécédents?) et familiale de doser le cholestérol avec dosage des ApoA et B. Un bilan d'hémostase sera aussi effectué en cas de thrombophilie antérieure. Le risque thrombo-embolique est augmenté en cas de :

1. BM1 > 25
2. Troubles de l'hémostase
3. grossesse, contraception orale et THS
4. trajet en avion supérieur à 8 heures
5. néoplasie
6. âge supérieur à 60 ans
7. sans oublier évidemment les antécédents familiaux et personnels

Par rapport à un risque thromboembolique de 1 dans la population tout venant, le risque relatif monte à

1. 5-11 chez les femmes sans œstrogénostatifs
2. 30 sous contraception orale
3. 60 pendant la grossesse et le post partum
4. 15 avec une contraception à base de levonorgestrel ou noréthistérone
5. 30 sous gestodène ou norgestrel

Par contre, le risque des progestatifs de 3^e génération est encore inconnu. De plus, si le THS augmente le risque, celui-ci n'est pas majoré sous THS transcutané.

D'après l'exposé « Quel choix contraceptif à 40 ans? » du Dr Geneviève PLU-BUREAU et du Docteur Ph BLANCHÉMAISON, Université Paris VI

Stérilisation tubaire : actualités

La stérilisation tubaire est devenue aux USA la première méthode contraceptive même chez les femmes jeunes. Une étude réalisée en Australie a démontré un risque relatif de regret supérieur à 2 si cette stérilisation a lieu avant l'âge de 30 ans. Ce risque devient supérieur à 3 si la stérilisation est réalisée dans le même temps opératoire qu'une césarienne mais n'est plus que de 0,07 si la femme a 2 enfants ou plus. En pratique, on ne peut l'envisager que chez les femmes de plus de 35 ans, en sachant que sur 100 demandes de stérilisation, 50 seront effectivement réalisées. De plus le taux d'échec est d'autant plus important que la femme est jeune.

Après ligature, le risque de grossesse s'élève quand même à 1%. Après déligature (2% des ligatures), 61% des femmes obtiendront une grossesse, mais il n'y aura que 48% d'accouchement. De plus 23% redemandront une seconde ligature.

Actuellement, une petite révolution technologique a permis l'apparition d'une nouvelle technique de stérilisation. Il s'agit d'un ressort type stent Ensure® à mettre dans les 2 trompes par hystérocopie sans anesthésie, ce qui prend 10 minutes. La méthode est efficace au 3^e mois, temps nécessaire pour qu'une fibrose s'installe autour du stent. Le taux de grossesse est nul. Mais c'est une méthode évidemment complètement irréversible. Par contre, une grossesse par FIV reste toujours possible. Un simple contrôle par radiographie se fait à 2 mois.

D'après l'exposé « Stérilisation » du Dr J.-L. MERGUI, gynécologue, hôpital Tenon à Paris

Que dire à nos patientes HPV + ?

L'infection est banale entre 18 et 25 ans. 80% régresseront spontanément mais 20% persistera en CIN 1 avec une évolution possible mais non systématique en CIN 2 ou 3.

Les conséquences psychologiques ne sont pas anodines et peuvent avoir une incidence sur la vie de couple : suspicion envers le partenaire, sentiment de « punition ». Il est important de bien séparer sexualité et infection. Non seulement, l'HPV est ubiquitaire, contamine la majorité des femmes entre 18 et 25 ans mais le cancer du col est loin d'être inéluctable.

Actuellement, le dépistage de l'HPV ne sera pas réalisé avant l'âge de 20 ans, quel que soit l'âge du 1^{er} rapport. En effet, à cet âge, même des lésions HSIL persistent spontanément.

Quelles sont les conséquences pratiques de l'infection? La surveillance doit être régulière et est souvent source d'angoisse. Le dépistage du partenaire masculin est inefficace car l'HPV est cutané et muqueux et se retrouve aussi bien au niveau du col que de tout le périnée. Par contre, il est important pour les HPV responsables des condylomes acuminés dont la période d'incubation est de quelques semaines. Le préservatif est également inutile sauf dans le décours d'une conisation car il diminue dans ce cas le risque de récurrence.

D'après l'exposé « Comment annoncer une infection à HPV? » du Dr Jean-Luc MERGUI, gynécologue, hôpital Tenon à Paris

Bilan d'une tumeur pelvienne

La mise au point d'une tumeur pelvienne consiste en un premier temps à réaliser une échographie-doppler par voie vaginale.

Ensuite l'IRM permettra de donner les caractéristiques tissulaires. Les causes non gynécologiques sont essentiellement un rein pelvien, un lymphome, une tumeur de la vessie ou une pathologie intestinale.

Les causes non ovariennes sont essentiellement un myome utérin pédiculé, un kyste paratubaire ou un hydrosalpinx.

Si la masse est ovarienne, il s'agira d'abord de déterminer si le kyste est fonctionnel ou organique, ce qui nécessitera un contrôle échographique à 3 mois en début de cycle. Ensuite, le kyste organique est-il bénin ou malin? Il peut s'agir d'un cystadénome séreux, papillaire (corrélation entre le nombre de papilles et le risque néoplasique) ou mucineux. On peut également retrouver un kyste dermoïde, très hétérogène et peu vascularisé ne nécessitant pas de mise au point complémentaire avant la chirurgie. Un foyer d'endométriome nécessitera la recherche d'autres foyers dans la paroi de la vessie ou dans les cul-de-sac de Douglas.

D'après l'exposé « Chronologie des examens complémentaires face au kyste de l'ovaire » du Dr Nicolas PERROT, gynécologue, Hôpital Tenon à Paris

Ménorragies : mise au point

Les ménorragies se définissent par : des saignements d'origine gynécologique survenant à la période des règles mais plus importants en abondance et en durée. Les caillots sont fréquents et la dysménorrhée habituelle.

La notion de saignement utérin est éminemment subjective. Le score de Higham permet de relier le nombre de serviettes hygiéniques utilisées par jour pendant les règles à l'importance des ménorragies.

Le diagnostic fait appel à l'anamnèse qui recherchera entre autres des troubles de l'hémostase, à l'examen clinique pour rechercher une masse ou un polype, à l'échographie pelvienne de préférence par voie endovaginale (myome? polype? épaisseur et régularité de l'endomètre?). La biopsie d'endomètre et l'hystérocopie sont souvent nécessaires.

Plusieurs traitements sont possibles. Le premier traitement sera toujours médical.

Les AINS et les fibrinolytiques du type de l'acide tranexamique² sont peu efficaces sur les ménorragies, mais agissent sur la dysménorrhée. Les progestatifs anti-gonadotrope par voie orale pendant la phase lutéale ou en continu ont une efficacité limitée. Par contre, le DIU au levonorgestrel³ montre une efficacité à 2 ans de 60%.

En cas d'échec au traitement hormonal, le curetage est souvent envisagé mais il est associé à plus de 50% de récurrence et ne devrait donc plus être proposé.

L'hystérectomie, solution radicale, ne devrait être envisagée qu'en dernier recours vu la morbi-mortalité importante pour une pathologie bénigne. De plus, « l'amputation » revêt un important caractère symbolique, source de dépression et/ou de troubles sexuels.

Les techniques multiples d'ablation de l'endomètre (ballonnets, thermosondes, cryocoagulation, laser...) sont efficaces mais demandent un apprentissage long et un investissement élevé en matériel.

De nouvelles techniques médicales sont apparues ; plus simples et plus reproductibles, elles sont pratiquées par des chirurgiens ou des radiologues. Les myomectomies sélectives par coelioscopies, l'embolisation des fibromes utérins et de nouvelles techniques de myomectomies sont à proposer avant toute solution radicale chirurgicale.

D'après l'exposé « Prise en charge des ménorragies » des Drs Hervé FERNANDEZ, hôpital Antoine Vélère à Clamart, Clara PÉLISSIER, Patrick MADELENAT et Leon BOUBIL, CHU Nord Marseille

(b) Exacyl®
(c) Mirena®