

Congrès internationaux

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

Gynecologia 2006

Paris, 7 décembre 2006

Vaccination anti HPV

Vacciner les jeunes adolescentes avant l'exposition à l'HPV diminue le risque de néoplasies du col utérin ET des condylomes dus aux virus concernés par le vaccin (HPV 6,11,16,18), de 100%. Les HPV 6,11 sont responsables des condylomes dans 90% des cas. Les HPV 16,18 sont responsables dans 70% des cas des néoplasies du col. Au-delà de 26 ans, le risque d'avoir déjà été contaminé par le HPV est réel. Plus on est jeune, meilleure est la réponse immunitaire. Le vaccin donne des anticorps neutralisants responsables d'une réponse immunitaire nettement supérieure à l'immunité naturelle. L'immunité spontanée est assez faible, et n'empêche pas la réinfection. Les études montrent que si ces patientes sont naïves (c'est-à-dire n'ont jamais été contaminées par les virus correspondants au vaccin) ou contaminées mais avec une immunité acquise qui a permis d'éliminer le virus, les résultats du vaccin sont aussi bons que chez les jeunes adolescentes. Il serait dans ce cas envisageable de le proposer aux femmes avec frottis normal et HPV négatif. Actuellement, plusieurs problèmes pratiques se posent. Le taux minimal d'anticorps immunisants est inconnu. Le recul n'est que de 5 ans. Les questions se posent concernant la nécessité de rappels éventuels de même que de la nécessité et de la fréquence du suivi ultérieur.

D'après l'exposé du docteur Joseph MONSONEGO intitulé «Quels sont les résultats du vaccin anti HPV?», et du docteur Christian QUEREUX, institut mère-enfant Alix de Champagne CHU de Reims, intitulé «vaccination quadrivalente»

Quand réaliser un premier frottis?

Il y a en moyenne 13 ans entre la première lésion ASCUS et un néo invasif. Il n'existe pas de cancer invasif du col avant 25 ans. L'âge des premiers rapports est en moyenne de 16 ans avec parfois une vie sexuelle commençant à 12-13 ans. Le taux de contamination par HPV est très important chez la femme jeune.

La clearance du virus et la disparition de lésions même importantes (CIN3) sont quasiment la règle avant 20-25 ans. Les traitements cervicaux pour lésions cervicales sont délétères pour l'avenir gynéco-obstétrical des jeunes femmes (dyspareunie, infertilité, ...)

De tout cela, il résulte la recommandation de ne pas faire de frottis de dépistage avant 20 ans, voire 25 ans, vu la disparition spontanée des lésions et du virus ainsi que des conséquences désastreuses des traitements appliqués.

D'après l'exposé du docteur Joseph MONSONEGO intitulé «Quels sont les résultats du vaccin anti HPV?».

Varices et congestion pelvienne: y penser!!!

La congestion pelvienne est une pourvoyeuse de douleurs pelviennes chroniques à laquelle on ne pense pas assez. C'est clairement un diagnostic d'exclusion mais qui est mis en évidence par des techniques simples et dont le traitement se fait en ambulatoire avec des résultats assez bons (85% d'amélioration). Le diagnostic se pose par l'anamnèse. Les douleurs pelviennes sont diffuses dans tout l'abdomen mais prédominantes à gauche dans 80% des cas. En effet, à droite, la veine ovarienne se jette directement dans la veine cave inférieure, alors qu'à gauche, elle se jette dans la veine rénale, ce qui ralentit le flux, et ensuite dans la veine cave inférieure. La patiente sent nettement une congestion pelvienne. Elle irradie souvent vers la cuisse ou la fesse homolatérale. Son intensité est variable mais peut être intolérable et augmente la nuit tout en diminuant pendant les vacances. Cette douleur est majorée en période prémenstruelle, pendant les règles, pendant la grossesse, après l'effort et typiquement post-coïtales (jusqu'à 24 heures après). De cyclique, elle devient permanente. Elle peut être associée à de la dysurie et des douleurs lombaires. Elle est favorisée par la multiparité et les professions avec station debout prolongée

(coiffeuse de 50 ans avec 3 enfants.)

La confirmation se fera par écho-doppler pelvien par voie sus pubienne et endovaginale: une inversion du flux sanguin au Valsalva confirmera. Le scanner n'apporte rien. L'IRM et l'angio-IRM sont les examens de choix de débrouillage dans les douleurs pelviennes chroniques.

Le traitement se fait par phlébographie pelvienne et ovarienne avec embolisation. Cela se fait en externe sous légère sédation et AINS et entraîne une incapacité de travail de 2 jours. On observe 85% d'amélioration progressive en trois mois

D'après l'exposé du Dr Antoine MAUBAN, radiologue, CHU Limoges intitulé «Traitement radiologique de la douleur pelvienne»

Apport de la cœlioscopie dans les douleurs pelviennes chroniques

Les douleurs pelviennes chroniques ont une prévalence de 10% en consultation de gynécologie. On parle de douleur chronique au-delà de 6 mois d'évolution avec une intensité assez importante pour occasionner une inaptitude fonctionnelle.

La cœlioscopie n'a de sens que si elle explore toute la cavité pelvienne. Cependant, la cœlioscopie ne retrouve aucune pathologie dans 24% des cas. Les étiologies retrouvées sont d'origine gynécologique dans 20% des cas et non gynécologique dans 80% des cas.

Dans les causes gynécologiques, l'endométriose est prépondérante. En cas d'infertilité avec douleurs chroniques, elle est retrouvée dans environ 40% des cas. Dans ce cas, la chirurgie d'exérèse des foyers est plus efficace sur le syndrome douloureux que le traitement progestatif.

En cas d'adénomyose, une hystérectomie interannexielle sera réalisée si l'adénomyose est symptomatique. La destruction simple de l'endomètre est efficace sur les méno-métrorragies mais non sur les douleurs.

En cas d'adhérences, la section de celles-ci par cœlioscopie ne donne qu'un résultat

tat mitigé sur les douleurs: 51% des patientes sont améliorées.

En cas de **malformation utéro vaginale**, lors de cloison utérine, la résection de cette dernière stoppe la douleur dans 87% des cas. Par contre, l'hémihystérectomie l'amende dans 100% des cas.

D'après l'exposé du Dr Patrick MADELENAT, CHU Bichat Paris, intitulé «Traitement chirurgical de la douleur pelvienne»

Frottis de qualité

En France, 40% des femmes ne sont pas du tout dépistées. Les frottis de dépistage réalisés le sont par le gynécologue chez 80% des femmes et par le médecin généraliste chez 10%, les autres 10% étant dépistées par des centres de dépistage ou directement au laboratoire.

L'HPV attaque le col au niveau de la couche basale, au seul endroit où il est à nu, c'est-à-dire **au niveau de la jonction endocol-exocol et au niveau des jonctions des îlots résiduels du col**. Avec l'âge et la ménopause, la métaplasie réparatrice remonte dans col cervical, ce qui rend cette jonction nettement plus difficile à atteindre. Dans ce cas, un traitement général de 15 jours par œstradiol permet une descente de la jonction et sa mise en évidence permet le frottis.

Le frottis conventionnel (sur lames) est préleveur-dépendant: le prélèvement, l'étalement et la fixation sont autant d'étapes pouvant être de mauvaise qualité. Par contre, il est **peu cher**. Il est indispensable qu'il n'y ait pas d'hématies (col blessé, fin ou début de règles...) ou d'infection qui fausserait le dépistage. De même, pas de rapport sexuel depuis 48 heures.

Le frottis en milieu liquide (ou couche mince) est préleveur indépendant, simple à réaliser mais coûte relativement cher et n'est pas remboursé. Par contre, il permet d'emblée la recherche et le typage HPV. Le liquide de conservation détruit les hématies, le frottis de lecture obtenu est donc de bien meilleure qualité

D'après l'exposé du Dr Jacques MARCHETTA, CHU d'Angers, intitulé «Comment faire un frottis du col dans de bonnes conditions?»

Classification Bethesda

La classification cytologique des cellules épithéliales différencie:

1. Les cellules à signification indéterminées: ASC-US (max 4% des frottis) s'il y a un doute entre lésion de bas grade (LSIL) et inflammation et ASC-H (0,3-0,6% des frottis) s'il y a un doute entre métaplasie et lésion de haut grade (H-SIL).
2. Les dysplasies limitées au 1/3 inférieur de l'épithélium (LSIL: 2% des frottis) où on retrouve souvent des koilocytes, témoin d'une infection à HPV et celles entreprenant plus du 1/3 de l'épithélium (HSIL: 0,3-0,6% des frottis).

La classification histologique (biopsie) parle de CIN:

1. CIN1 ou moins associé aux lésions de bas grade cytotologique (LSIL).
2. CIN2 ou 3 associée aux lésions de haut grade (HSIL).
3. CINS: carcinome in situ entreprenant toute la hauteur de la couche épithéliale. Dans ce cas, il est fréquent que le frottis de dépistage ne trouve que quelques cellules dysplasiques en surface avec donc faux négatifs.

Par conséquent, **toute lésion suspecte à l'œil nu doit être d'emblée biopsiée**: le frottis est inutile et risque de minimiser la lésion.

Lors d'un frottis

1. ASCUS, on retrouvera 12% de lésion de haut grade
2. LSIL: 15% de haut grade
3. HSIL: 92% de haut grade
4. ASCH: 40% de haut grade

Si des cellules glandulaires sont retrouvées, hors la présence d'un stérilet, un adénocarcinome sera toujours recherché.

D'après l'exposé du Dr Laurent ZEHRA, laboratoire Lavergne Paris, intitulé «Comment interpréter les résultats cytologiques: la classification Bethesda?»

Attitude devant une lésion cervicale^(a)

Si le frottis revient ASCUS, la possibilité d'avoir une lésion méconnue de haut grade est de 7 à 12%. Deux attitudes sont possibles.

Soit un test HPV est réalisé d'emblée: si celui-ci est négatif, un contrôle sera réalisé dans 24 mois, soit il est positif, une colposcopie avec biopsie sera réalisée, dans laquelle 15 à 20% de HSL sera retrouvé. Dans 20% des cas la biopsie sera normale, il y aura eu sans doute clearance du virus et un contrôle de frottis sera refait à 12 mois

Soit la cytologie est recontrôlée à 6 mois puis 12 et 24 mois si elle revient systématiquement normale. Par contre, au moindre doute sur l'évolution vers des lésions plus graves (HSIL), une colposcopie et biopsie seront réalisées.

Un frottis LSIL méconnaît 15-20% de lésions HSIL sous jacente. Une dysplasie LSIL est toujours consécutive à une atteinte virale à HPV, le test HPV ne sert donc à rien. Deux attitudes sont possibles. **Soit une colposcopie est réalisée d'emblée**, ce qui peut être intéressant chez des femmes peu compliantes, mais par contre, entraîne un sur traitement. En cas de CIN1: soit on surveille pendant 18 mois, soit on détruit la lésion au laser à condition que la jonction soit bien vue. En cas de CIN2-3, on réalisera une excision.

Soit les frottis sont contrôlés tous les 6 mois pendant 24 mois, sachant que 80% des frottis redeviendront normaux en 24 mois, ce qui est d'autant plus fréquent que la femme est jeune (< 30 ans). Si LSIL persiste au delà de 18-24 mois, il est justifié éventuellement de faire un test HPV. S'il revient négatif, ce sera considéré comme normal.

Si le frottis revient ASCH, la possibilité d'avoir une lésion méconnue de haut grade est de 40%. L'HPV est présent dans 80% des cas, sa recherche est donc inutile. La colposcopie sera faite d'emblée.

Un frottis HSIL correspond à plus de 92% de CIN3. Cela signifie que la colposcopie avec biopsie doit se faire d'emblée dans le mois.

D'après l'exposé du Dr Jean Luc MERGUY, Hôpital Tenon à Paris intitulé «Conduite à tenir devant une anomalie de bas grade et de haut grade»

(a) Recommandations de l'ANAES