

Faut-il faire les traitements du col sous colposcopie ?

C. MUSZYNSKI ¹, X. CARCOPINO ², S. LANTA ¹, J. GONDRY ^{1*}
(Amiens, Marseille)

Résumé

Plus de 25 000 conisations et autant de traitements destructeurs sur le col utérins sont réalisés chaque année en France. Ces traitements sont associés à des échecs thérapeutiques dus à des récidives mais aussi à de mauvaises indications ou modalités de prise en charge. De plus un quart à un tiers des patientes traitées seront enceintes et de nombreuses publications font état de conséquences obstétricales délétères. Le traitement doit répondre à deux impératifs, il doit être complet pour éviter l'apparition d'un cancer invasif mais il doit aussi s'associer au minimum d'effets secondaires. C'est dans cet esprit que la recommandation européenne insiste sur l'importance de l'utilisation du colposcope lors de la réalisation des gestes thérapeutiques sur le col. Ces recommandations semblent peu suivies en France. Nous évaluons dans cet article les arguments en faveur de l'utilisation du colposcope en per-opératoire mais aussi les limites de la vision colposcopique directe pour la réalisation des gestes.

Mots clés : conisation, colposcopie, traitement, CIN

1 - CHU d'Amiens - Centre de gynécologie-obstétrique - 124 rue Camille Desmoulins - 80054 Amiens

2 - Hôpital Nord - Service de gynécologie-obstétrique - 13915 Marseille

* Correspondance : gondry.jean@chu-amiens.fr

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt sur le sujet.

INTRODUCTION

Le traitement conservateur des néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN) détectées après dépistage par frottis cervico-utérin permet d'éviter la progression vers un cancer invasif du col de l'utérus. En France, plus de 25 000 conisations et autant de traitements destructeurs (laser, cryocoagulation) sont réalisés chaque année [1]. La qualité doit répondre à deux objectifs : le traitement doit être complet, éviter l'apparition secondaire d'un cancer invasif mais il doit s'associer au minimum d'effets délétères (sténoses, conséquences obstétricales). Les facteurs ayant une influence sur le succès ou l'échec thérapeutique du traitement des CIN restent à ce jour assez mal connus. Les données sur les conséquences obstétricales des traitements conservateurs des CIN, par exemple, restent controversées, principalement parce qu'elles reposent sur des études rétrospectives. Au total, même si le traitement des CIN peut paraître techniquement simple, en réalité il n'en est rien.

En effet la qualité et la précision du geste conditionnent très probablement les résultats en termes d'efficacité et de limitation des séquelles. Le traitement idéal doit passer en zone saine (en hauteur, en profondeur et en périphérie). Pour ce faire, il faut bien sûr que le repérage des limites internes et externes de la lésion soit parfaitement fait. L'utilisation du colposcope en per-opératoire peut-elle aider à atteindre ce but ? Après avoir précisé les différentes techniques de traitement, nous verrons les arguments en faveur de l'utilisation du colposcope en per-opératoire mais aussi les limites de la vision colposcopique directe pour la réalisation du geste.

I. LES DIFFÉRENTES MODALITÉS D'UTILISATION DE LA COLPOSCOPIE LORS DU TRAITEMENT

Il est indispensable de rappeler au préalable qu'une décision de traitement repose sur un ensemble d'éléments. Il faut une certitude diagnostique qui nécessite la concordance cyto/colpo/histologique. La décision de traiter ou non dépendra non seulement de la nature de la lésion mais aussi de la localisation, de l'étendue de la lésion et de l'âge de la patiente. Dans tous les cas, une colposcopie a été faite en consultation et a permis de diriger la ou les biopsies. Elle précède l'acte de plusieurs jours voire de plusieurs semaines. Cette colposcopie a donné lieu à un schéma précis voire à des photos. Il existe des conventions internationales pour réaliser le dessin mais peu de praticiens français les utilisent, préférant annoter en clair les zones à traiter. Dès lors trois modalités se présentent :

- modalité 1 : le traitement est basé uniquement sur le schéma (ou les photos) de la colposcopie faite en consultation. L'opérateur peut être le même praticien ou un correspondant utilisant le schéma. Le praticien s'aidera alors uniquement du test au Lugol (test de Schiller : la zone iodonégative pouvant répondre à une CIN ou à de la métaplasie) pour guider le geste ;
- modalité 2 : la colposcopie est refaite le jour de l'intervention, soit dans une salle différente du bloc opératoire soit au bloc opératoire, précédant immédiatement le geste. C'est alors le même opérateur qui gère le repérage préalable et le traitement. L'examen à l'acide acétique permettra de visualiser les premières papilles cylindriques normales et donc la limite interne de la lésion et précisera donc la hauteur nécessaire de la résection. C'est aussi lors de ce temps de repérage que l'on différenciera les lésions les plus sévères situées au centre, parfois entourées d'anomalies moins sévères voire tout à fait bénignes ne justifiant pas d'exérèse. Le test au Lugol ne permet pas toujours de repérer facilement ces deux types d'images sur le col pour un œil moins avisé ;
- modalité 3 : le traitement est réalisé sous visualisation colposcopique directe (VCD). Dans cette modalité la colposcopie guide le geste thérapeutique permettant en principe de traiter rigoureusement la lésion en ayant parfaitement repéré ses limites

internes et externes. La section passera à 3 mm en dehors de ces limites. Outre cette précision du contrôle extemporané, la colposcopie permet aussi l'exploration complète du tractus génital et guide les gestes d'hémostase de manière à ne coaguler que les vaisseaux et non tout le stroma.

II. LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'UTILISATION DU COLPOSCOPE

II.1. Suivre les recommandations existantes

Un des arguments pour l'utilisation du colposcope lors de la réalisation des gestes thérapeutiques du col est de suivre les recommandations existantes. Il existe une recommandation européenne publiée en 2009 qui précise les conditions optimales de réalisation des traitements d'exérèse (conisation) et de destruction (laser et cryothérapie principalement) [2]. Dans les deux cas il est noté que le geste thérapeutique doit être fait sous contrôle colposcopique. Notons que dans le cas de la destruction, il est recommandé d'effectuer le geste par un colposcopiste expérimenté. Cette dernière précision souligne probablement la nécessité de savoir reconnaître les signes de gravité pouvant faire craindre une invasion contre-indiquant alors le traitement destructeur.

Le centre international de recherche sur le cancer (IARC) dépendant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande également de pratiquer systématiquement la résection à l'anse diathermique sous contrôle colposcopique [3]. Cependant que ce soit pour les recommandations européennes ou pour les recommandations de l'OMS, il n'y a pas précisément d'argumentaire expliquant l'intérêt de la VCD lors des gestes thérapeutiques.

II.2. Diminuer la profondeur et le volume de la pièce de résection

À notre connaissance peu de travaux scientifiques existent sur l'intérêt de réaliser les gestes thérapeutiques sous contrôle colposcopique. Le travail réalisé par Carcopino *et coll.* évalue justement l'intérêt de la VCD pour optimiser la qualité des traitements d'excision du

col [4, 5]. Dans l'étude publiée en 2013 et portant sur plus de 400 patientes ayant bénéficié d'une conisation pour des CIN, le taux de marges saines est plus important lorsque la résection est réalisée sous VCD que lorsque la colposcopie est faite juste avant le geste ou lorsqu'elle est guidée par un schéma colposcopique (84,5 %, 68 % et 52,4 % respectivement, $p < 0,001$). Par ailleurs l'utilisation de la VCD offre une probabilité plus forte d'obtenir à la fois des marges de résection saines associées à une profondeur du cône inférieure à 10 mm comparée à la colposcopie préopératoire ou au schéma colposcopique (74 %, 30 % et 16 % respectivement, $p < 0,001$). De même la probabilité d'obtenir des marges saines associées à un volume de la pièce de résection inférieure au 75^e percentile est la plus élevée pour la résection sous VCD. Ces résultats sont donc en faveur d'une amélioration de la qualité des résections lorsqu'elles sont réalisées sous colposcopie.

En effet même si la résection à l'anse diathermique semble exposer à un risque de complications obstétricales et néonatales moins important que les autres techniques d'exérèse, elle ne peut pas être considérée comme étant sans aucun danger pour l'avenir néonatal et obstétrical de la patiente. En particulier, plus que de la technique elle-même, la morbidité obstétricale secondaire au traitement des CIN dépend essentiellement des dimensions de tissu cervical réséqué ou détruit. Ainsi, le risque d'accouchement prématuré semble être significativement augmenté seulement si la profondeur de la résection dépasse 10 mm [6]. Ce risque augmente significativement avec chaque millimètre supplémentaire réséqué [7]. Mais plus que la profondeur de la pièce d'exérèse, des données récentes suggèrent que c'est le volume global réséqué qui serait l'élément clé du risque obstétrical [8, 9]. Ainsi, le risque d'accouchement prématuré serait significativement augmenté lorsque le volume de la pièce opératoire excède 6 cm³ (RR = 3,00 ; IC à 95 % : 1,45-5,92) [9]. Un tel phénomène peut être en partie expliqué par l'impact de l'exérèse sur les modifications anatomiques du col utérin. La résection à l'anse diathermique se traduit effectivement par une diminution significative de la longueur utérine, mais aussi du volume cervical et du volume utérin global [8], et les modifications morphologiques cervicales semblent être essentiellement déterminées par la proportion de volume cervical réséquée [10].

En contrepartie, lors de la réalisation d'une exérèse pour une CIN, le statut des marges de résection est un élément clé du succès thérapeutique. Si en l'absence d'une lésion micro-infiltrante elle n'impose pas une reprise chirurgicale, une résection en marges non saines expose les patientes à un risque significativement plus élevé de récurrence post-thérapeutique [11-14].

II.3. Rechercher une modification de l'aspect colposcopique

Dans notre expérience, il n'est pas exceptionnel que l'aspect colposcopique lors de l'intervention soit différent du tableau colposcopique de la consultation ayant motivé le geste. La consultation ayant abouti à l'indication opératoire peut avoir eu lieu plusieurs semaines avant le geste (disponibilités de la patiente, report de l'intervention du fait de règles...). Dans ce cas, si évolution il y a, elle est presque toujours à la diminution/régression des lésions chez des patientes souvent jeunes. La colposcopie refaite le jour de l'intervention permettra non pas de surseoir totalement au traitement mais au moins de limiter la taille de la pièce de résection.

Lors de la réalisation d'un traitement destructeur, il nous semble également essentiel de refaire une colposcopie le jour de l'intervention pour rechercher une nouvelle fois des signes de gravité pouvant faire craindre un début d'invasion devant alors aboutir à un traitement d'exérèse permettant d'obtenir une analyse histologique.

Notons que pour la recherche d'une modification de l'aspect colposcopique, il n'y a pas de différence entre faire une colposcopie le jour de l'intervention ou réaliser le traitement sous VCD.

II.4. Adapter le traitement à l'aspect colposcopique

L'utilisation de la VCD permet d'adapter le traitement à la lésion. En effet la lésion associe souvent des éléments de gravité différente ne justifiant pas la même prise en charge. La lésion la plus sévère centrale peut être entourée de lésions moins sévères de bas grade justifiant d'une simple destruction superficielle éventuelle. Cette exérèse centrale limitée sur la lésion de haut grade repérée par les différents temps de la coloscopie permet de préserver le maximum de massif cervical tout en gardant la même sécurité thérapeutique. C'est pour nous un point essentiel de la résection sous VCD de pouvoir associer traitement d'exérèse et traitement destructeur pour obtenir une sécurité carcinologique optimale tout en préservant au maximum le col de la patiente. Soulignons que cette prise en charge ne peut être faite que si le thérapeute est colposcopiste et donc capable de repérer les différents degrés de gravité de la lésion. L'utilisation simple du test au Lugol (à l'œil nu ou sous contrôle colposcopique) n'est pas suffisante pour déterminer les zones justifiant d'une exérèse de celles justifiant d'une destruction superficielle.

II.5. Qualité de l'hémostase du cratère de résection

Après le geste d'exérèse, même à l'anse diathermique, il est fréquent d'observer des saignements du cratère de conisation. L'utilisation de la VCD permet de coaguler sélectivement les artérioles en évitant de « charbonner » l'ensemble du cratère de conisation. Une coagulation trop forte et trop diffuse serait une source potentielle de sténose mais également d'altération de la glaire cervicale.

III. LES ARGUMENTS LIMITANT L'UTILISATION DU COLPOSCOPE AU BLOC OPÉRATOIRE

III.1. La majorité des thérapeutes ne sont probablement pas colposcopistes

La conisation est sans doute moins un geste chirurgical qu'un geste colposcopiste. Les opérateurs ne sont pas tous colposcopistes même si les recommandations européennes le recommandent. En France, la charte de colposcopie a été signée par plus de 500 praticiens pour le versant diagnostique alors que moins de 20 praticiens l'ont signée pour le versant thérapeutique. En effet il n'est pas possible de signer la charte diagnostique et si l'on n'a pas signé la charte diagnostique et si l'on fait moins de 30 actes thérapeutiques sur le col par an [15]. La différence entre les deux populations signataires de la charte illustre le fait que la majorité des thérapeutes ne sont probablement pas colposcopistes. Les colposcopistes en France aujourd'hui sont majoritairement des praticiens ayant une activité libérale en ville sans accès à un plateau technique ; pendant leur formation ils n'ont pas bénéficié de l'apprentissage technique des traitements du col. Les différents diplômes inter-universitaires et les diplômes universitaires de colposcopie en France ont peu intégré l'apprentissage technique de ces différents gestes dans leur programme. L'enseignement pratique des gestes n'est par ailleurs pas facile en dehors de simulations faites sur langue de bœuf qui restent loin de la réalité opérationnelle. En France il existe donc majoritairement deux catégories de praticiens participant à la prévention secondaire du cancer du col utérin. Les premiers font le dépistage et le diagnostic par la biopsie faite après le repérage colposcopique, les autres font le traitement avec les directives (schéma) du premier mais sans capacité pour utiliser un colposcope en

per-opérateur. Ils s'aident le plus souvent du test au Lugol à l'œil nu, ce qui ne permet pas de visualiser la limite interne de la lésion et ne précise en externe que la limite de la transformation atypique (sans pouvoir préciser la gravité et donc la pertinence du tracé de l'exérèse).

III.2. Le coût du colposcope

Le traitement sous colposcopie suppose que le bloc opératoire soit équipé d'un colposcope. Le coût moyen d'un colposcope de base est de 5 500 euros et le coût de la maintenance d'environ 300 euros par an. Or la cotation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) d'une conisation est de 89,30 euros (et 64,88 euros pour l'acte d'anesthésie si jugé nécessaire). Dès lors il paraît difficile d'avoir du matériel exclusivement dévolu à cette activité, à moins d'avoir une activité importante d'au moins 200 gestes par an associée à une activité de dépistage et de diagnostic régulière. C'est l'organisation des pays anglo-saxons mais pas celle de la France à ce jour.

III.3. Le colposcope peut gêner le geste

La focale classique d'un colposcope actuel est de 30 mm en moyenne (parfois moins). Cet élément peut donc gêner la manipulation du matériel (anse, pièce à main de laser, cryode). En effet il faut, tout en ayant les yeux sur la loupe binoculaire, gérer manuellement le matériel entre la patiente et le colposcope ; l'espace permettant juste de placer le manche du bistouri électrique, le pistolet de la cryode ou la pièce à main du laser. La manipulation n'est alors pas toujours facile. L'utilisation de la vidéocolposcopie au bloc opératoire ne facilite pas le geste car la focale du colposcope est la même. En revanche la vidéocolposcopie est bien sûr d'une utilité majeure pour l'enseignement.

La seule exception à ceci est l'utilisation du micromanipulateur de rayonnement laser associé au colposcope et qui permet de vaporiser et de coaguler en guidant le rayon laser à partir d'un élément couplé au colposcope et qui, par le biais de miroirs, dirige le rayon. Enfin, pour la coagulation à la boule ou au rayon laser, la vision colposcopique est très supérieure à l'œil nu pour repérer le vaisseau responsable, et le geste ne justifiant pas de déplacement de la main est beaucoup moins gêné.

III.4. L'utilisation du colposcope peut-il réellement modifier la taille du cône ?

La visualisation sous colposcopie de la lésion en per-opératoire est en principe idéale pour choisir la profondeur de coupe ou de destruction mais aussi pour préciser les contours externes de la zone à traiter ; l'opérateur reste néanmoins tributaire du matériel utilisé. En France, l'anse diathermique de diamètre variant de 5 à 30 mm est l'outil le plus utilisé ; or, une fois l'anse choisie permettant de passer en dehors de la zone pathologique et permettant aussi une exérèse suffisamment profonde, il n'est plus possible de s'adapter strictement à la topographie de la lésion. Il est assez rare voire exceptionnel que la lésion soit symétrique dans le sens horizontal et dans le sens vertical. Inévitablement, même avec le contrôle colposcopique extemporané, le traitement sera excessif. Ceci n'est pas vrai lorsque l'on utilise une pointe fine [1] ou le laser, mais avec ces techniques on peut être amené à utiliser des fils tracteurs et alors le colposcope peut s'avérer gênant pour les mobiliser.

III.5. Vision 2D versus 3D

Une des limites de la VCD est la difficulté d'évaluer correctement la profondeur du geste que l'on réalise. En effet la colposcopie nous offre uniquement une vision en 2D qui est donc différente de la vision 3D que l'on a à l'œil nu. Cependant, le fait que les chirurgiens gynécologues soient aujourd'hui tous formés à la cœlioscopie atténue cette limite de l'exérèse sous VCD.

CONCLUSION

On peut penser que les traitements du col allieront efficacité, sécurité et effets secondaires limités s'ils sont réalisés par un praticien colposcopiste ayant une connaissance parfaite de la pathologie cervico-vaginale. Dans cet esprit, l'utilisation du colposcope pour le traitement est un atout majeur pour le repérage précis de la lésion à traiter (et éventuellement l'exploration complète du tractus génital) ; cet examen est donc un temps indispensable immédiatement avant de traiter. L'utilisation extemporanée du colposcope pour le traitement a certes

des avantages (visualisation meilleure de la profondeur de coupe ou de destruction par exemple), mais aussi certains inconvénients (gêne à la manipulation des instruments). Seule une étude prospective, difficile méthodologiquement à mettre en place, pourrait répondre à cette question.

La conisation est un geste colposcopique plus qu'un geste chirurgical ; la prise de conscience en France de cet élément mettra sans doute un certain temps, notamment pour former les praticiens qui ne devront exercer que dans un nombre limité de centres munis d'un colposcope !

Bibliographie

- [1] Carcopino X, Mergui JL, Prendiville W, Taranger-Charpin C, Boubli L. Traitement des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus : laser, cryothérapie, conisation, résection à l'anse. EMC 41-685.
- [2] Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Schenk U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, part 2. *Cytopathology* 2009 Feb;20(1): 5-16.
- [3] www.screening.iarc.fr.
- [4] Carcopino X, Mancini J, Charpin C, Grisot C, Maycock JA, Houvenaeghel G, Agostini A, Boubli L, Prendiville W. Direct colposcopic vision used with the LLETZ procedure for optimal treatment of CIN: results of joint cohort studies. *Arch Gynecol Obstet* 2013 May 14.
- [5] Grisot C, Mancini J, Giusiano S, Houvenaeghel G, Agostini A, d'Ercole C, Boubli L, Prendiville W, Carcopino X. How to optimize excisional procedures for the treatment of CIN? The role of colposcopy. *Arch Gynecol Obstet* 2012 May;285(5):1383-90.
- [6] Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaides E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006 Feb 11;367(9509):489-98.
- [7] Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. Depth of cervical cone removed by loop electrosurgical excision procedure and subsequent risk of spontaneous preterm delivery. *Obstetrics and gynecology* 2009 Dec;114(6): 1232-8.
- [8] Carcopino X, Maycock JA, Mancini J, Jeffers M, Farrar K, Martin M *et al*. Image assessment of cervical dimensions after LLETZ: a prospective observational study. *BJOG* 2013 Mar;120(4):472-8.
- [9] Khalid S, Dimitriou E, Conroy R, Paraskevaides E, Kyrgiou M, Harrity C *et al*. The thickness and volume of LLETZ specimens can predict the relative risk of pregnancy-related morbidity. *BJOG* 2012 May;119(6):685-91.
- [10] Founta C, Arbyn M, Valasoulis G, Kyrgiou M, Tsili A, Martin-Hirsch P *et al*. Proportion of excision and cervical healing after large loop excision of the transformation zone for cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG* 2010 Nov;117(12):1468-74.
- [11] Gonzalez DI Jr, Zahn CM, Retzlaff MG, Moore WF, Kost ER, Snyder RR. Recurrence of dysplasia after loop electrosurgical excision procedures with long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2001 Feb;184(3):315-21.
- [12] Reich O, Lahousen M, Pickel H, Tamussino K, Winter R. Cervical intraepithelial neoplasia III: long-term follow-up after cold-knife conization with involved margins. *Obstet Gynecol* 2002 Feb;99(2):193-6.
- [13] Ghaem-Maghami S, Sagi S, Majeed G, Soutter WP. Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis. *The Lancet Oncology* 2007 Nov; 8(11):985-93.
- [14] Ghaem-Maghami S, De-Silva D, Tipples M, Lam S, Perryman K, Soutter W. Determinants of success in treating cervical intraepithelial neoplasia. *BJOG* 2011 May;118(6):679-84.
- [15] Mergui JL. Charte de qualité en colposcopie et pathologie cervico-vaginale. *Actualités et perspectives, mises à jour en gynécologie médicale* 2011:623-631.

