

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2007
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007*

Les conséquences des traitements de la pathologie cervicale. Stérilité, complications obstétricales

L. BOUBLI *, R. SHOJAI, X. CARCOPINO
(Marseille)

La prise en charge de la pathologie cervicale peut nécessiter des gestes dont le retentissement sur la fertilité ou le déroulement ultérieur des grossesses n'est pas anodin.

Le traitement des précurseurs du cancer du col utilise des techniques de destruction ou d'ablation dont les conséquences peuvent être graves si la cible n'est pas clairement définie par l'évaluation colposcopique et si le traitement dépasse le but souhaité.

Cependant, si un certain nombre de gestes peuvent être excessifs, les particularités de l'atteinte cervicale, notamment la hauteur de l'atteinte du canal cervical, peuvent imposer des interventions exposant largement au risque de sténose, d'infertilité et de complications obstétricales.

À l'inverse, la survenue d'une pathologie invasive à un stade précoce, chez des patientes jeunes, nullipares, a amené le développement d'interventions dont le but est d'assurer la sécurité carcinologique tout en préservant la fertilité.

* Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Nord, MARSEILLE

LE TRAITEMENT DES PRÉCURSEURS DU CANCER DU COL ET SES CONSÉQUENCES

La fertilité

Est un des éléments les moins bien documentés.

Le principal facteur pourrait être mécanique, lié à la sténose cervicale.

Dans une série rapportée par Mathevet [1], dans le cadre d'une stérilité secondaire, le taux était faible (1,4 %) et ne concernait que les conisations au bistouri.

Pour Brun [2], la sténose iatrogène a été retrouvée pour 3 patientes sur 15 dans un bilan d'infertilité (20 %) avec un sur risque lors d'interventions réalisées au bistouri électrique.

Pour Baldauf [3], le retentissement de cette sténose sur la fertilité est modéré (1 patiente sur 4) mais globalement l'incidence de cette sténose est de 29 % chez des femmes de moins de 30 ans et est survenue dans 26,3 % des observations chez des nullipares.

Turlington [4] note des grossesses chez 91,6 % des femmes conisées vs 100 % dans le groupe contrôle.

Pour Grio [5], le taux de grossesses obtenu n'était pas significativement lié au mode opératoire, 93,3 % pour la vaporisation laser, 96,6 % pour la résection et 87,69 % après conisation à lame froide, bien que, là aussi, cette dernière technique apparaisse comme la plus délétère.

Buller [6] ne note pas d'incidence défavorable sur la fertilité.

Si les perturbations de la glaire cervicale peuvent logiquement être mises en cause, Nicholson [7] note une augmentation des AC anti-spermatozoïdes après conisation et propose d'utiliser une méthode barrière de contraception jusqu'à cicatrisation complète.

L'évolution des grossesses

A été étudiée dans une méta-analyse de Kyrgiou et coll. [8] rapportant les résultats de 27 publications.

Aucune des études retenues ne révélait d'incidence défavorable sur la fertilité.

- La conisation à lame froide est associée a un risque d'accouchement prématuré avant 37 SA (2,59 ; 1,8-3,72) de poids de naissance inférieur à 2 500 g (2,53 ; 1,19-5,36) et de césarienne (3,17 ; 1,07-9,4).
- La résection à l'anse comporte également un surrisque d'accouchement prématuré (1,7 ; 1,24-2,35), de poids < 2 500 g (1,82 ; 1,09-3,06) et de rupture prématurée des membranes (2,69 ; 1,62-4,46).

En reprenant les données de la conisation et de la résection à l'anse il faut noter l'incidence défavorable d'une profondeur du cône ≥ 10 mm sur le risque d'accouchement prématuré (2,61 ; 1,28-5,34).

Les conséquences de la conisation laser n'étaient pas significatives mais montrent une tendance à l'aggravation du pronostic obstétrical.

Par contre la vaporisation laser ne grève pas le pronostic obstétrical.

LES PRINCIPALES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES [8]

Il faut cependant interpréter ces résultats avec prudence, du fait d'une grande hétérogénéité des données.

Par ailleurs aucune des techniques n'est à l'origine d'une augmentation significative de la mortalité périnatale.

Dans un travail publié après cette méta-analyse, Crane et coll. [9] ont analysé l'intérêt de l'échographie vaginale dans la surveillance des patientes antérieurement traitées pour pathologie cervicale.

La conisation à lame froide est la technique la plus génératrice d'accouchements prématurés (19 % contre 13 % en cas de LEEP et 2,8 % pour la cryothérapie).

En considérant les patientes antérieurement traitées par électro-résection à l'anse, les performances de l'échographie vaginale dans la détermination de risque d'accouchement prématuré pour une longueur cervicale inférieure à 3 cm étaient : sensibilité 79 %, spécificité 90,8 %, valeur prédictive positive (VPP) 53,8 % et une valeur prédictive négative (VPN) 95,2 %.

LES PARTICULARITÉS DE LA TRACHÉLECTOMIE

Cette intervention a pour but de traiter des formes plus avancées, invasives de pathologie cervicale en préservant la fécondité.

Elles sont réalisées par laparotomie ou par voie vaginale.

L'impact sur la fertilité est souvent difficile à apprécier

Boss note que sur 355 patientes seules 155 essayent d'obtenir une grossesse (43 %) dont 107 avec succès (70 %).

Roy et coll. [10], reprenant les étiologies de 40 patientes infertiles ayant bénéficié d'une trachélectomie note une cause cervicale dans 37,5 % des cas.

Les résultats obstétricaux

La plupart des grossesses avaient bénéficié d'un cerclage lors de l'intervention.

Les complications obstétricales sont encore importantes.

Boss [11] observait 29 % de pertes fœtales du premier et deuxième trimestres.

20 % d'accouchements prématurés mais en fait un tiers si l'on exclut les avortements du 1^{er} et 2^e trimestres, le plus souvent dans un contexte de rupture prématurée des membranes.

Les résultats obstétricaux des patientes opérées de trachélectomie par voie vaginale ont été repris par Marie Plante et Michel Roy analysant leurs résultats et les principales séries [10, 12-15].

Cette compilation, analysant l'évolution de 148 grossesses chez 98 patientes révèle :

- 16 % d'avortements spontanés du premier trimestre ;
- 3,4 % d'avortements thérapeutiques ;
- 1,3 % de grossesses extra-utérines ;
- 10 % de pertes fœtales au deuxième trimestre ;
- 68 % d'accouchements au troisième trimestre.

Si l'on ne considère que les grossesses parvenues au troisième trimestre, 72 % d'entre elles accouchent à un terme \leq 37 SA.

Boss [11], reprenant les évolutions des trachélectomies, toutes techniques confondues et en intégrant également des études de faible effectif, analyse l'évolution de 160 grossesses chez 107 patientes.

Le risque majeur est lié à la chorio-amnionite et à la rupture prématurée des membranes.

Une influence péjorative du cerclage a même été avancée par Shepherd [16].

L'influence de ce cerclage est à l'origine de difficultés dans la prise en charge des pertes fœtales au 2^e trimestre, obligeant à réaliser des césariennes.

CONCLUSION

Le traitement de la pathologie cervicale peut entraîner des répercussions obstétricales sévères.

La prise en charge des patientes présentant un état précurseur du cancer du col impose une évaluation soigneuse du futur risque obstétrical.

Si la conisation semble avoir le plus mauvais pronostic et si, à l'opposé, les techniques de destruction laser semblent assez anodines, il ne faut pas tirer de conclusions trop hâtives.

Le choix de la technique est dicté avant tout par l'évaluation du statut cervical.

La moindre agressivité de la résection peut aussi aller de pair avec des marges moins souvent *in sano*.

L'erreur est bien sûr de réaliser des conisations trop étendues chez des patientes qui ne le nécessiteraient pas : une maîtrise correcte de la colposcopie est indispensable pour réaliser un traitement adapté de cette pathologie.

Le caractère apparemment anodin de la photovaporisation laser ne doit pas non plus conduire à une inflation injustifiée de ce geste.

En effet, cette technique est souvent proposée devant des lésions moins sévères, chez des patientes plus jeunes et qui ont encore la possibilité de bénéficier d'une clairance naturelle de la pathologie viro-induite.

La trachélectomie permet une préservation de la fertilité au prix de plusieurs contraintes : une parfaite maîtrise d'un geste dont les indications ne sont pas fréquentes, une acceptation par la patiente d'une intervention moins complète au plan carcinologique et de ses conséquences sur le pronostic.

La surveillance des grossesses obtenues chez ces patientes doit tenir compte du nombre relativement élevé de complications : notamment chorioamniotites et rupture prématurée des membranes.

Résumé

Le traitement des précurseurs du cancer du col peut avoir des conséquences graves sur le pronostic obstétrical des patientes.

Le choix de la méthode n'est pas anodin, les techniques de résection semblant plus péjoratives que les techniques de destruction laser.

Cependant, le choix de la thérapeutique doit être dicté avant tout par les données de l'évaluation essentiellement colposcopique ; les deux écueils à éviter étant une intervention inutilement agressive et, à l'inverse, une destruction de principe chez une patiente qui pourrait bénéficier d'une régression spontanée de la pathologie cervicale.

Par ailleurs, la trachélectomie élargie permet la préservation de la fertilité, au prix là aussi de complications obstétricales parfois sévères.

Bibliographie

1. Mathevet P, Roy M, Dargent D. Long term outcome of a randomized study comparing three techniques of conization. *European journal of Obstetrics and gynecology repr biology* 2003; 106: 214-218.
2. Brun JL, Hocké C. Complications, séquelles et devenir du col traité par conisation : évaluation à travers 3 techniques opératoires. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 558-564.
3. Baldauf JJ, Wertz JP, Cuénin C, Ritter J, Philippe E. Conséquences et traitement des sténoses cervicales survenues après une conisation au laser ou une résection à l'anse diathermique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26: 64-70.
4. Turlington WT, Powell JL. Impact of the loop electrosurgical excision procedure on future fertility. *J Reprod Med* 1996 Nov; 41 (11): 815-8.
5. Griro R, Colla F, Leotta E. Therapy for cervical intraepithelial neoplasia and fertilit. *Mi-nerva Ginecol* 2002 Aug; 54(4): 325-31.
6. Buller RE, J.H.r.P.f.c.c. A.J.O.G.M..
7. Nicholson SC, Sargent IL, Hallam NF, Charnock FM, Barlow DH. Does large loop excision of the transformation zone of the cervix predispose to the development of antisperm antibodies in women? *Fertil Steril* 1996 Apr; 65 (4): 871-3.
8. Kyrgiou M, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006; 367: 489-98.
9. Crane JF, Delaney T, Hutchens D. Transvaginal Ultrasonography in the Prediction of Preterm Birth After Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 37-44.
10. Plante M, Hoskins IA, Roy M. Vaginal radical trachelectomy: a valuable fertility-preserving option in the management of early stage cervical cancer a serie of 50 pregnancies and review of the litterature. *Gynecol oncol* 2005; 98: 3-10.
11. Boss EA, Beerendonk CCM, Masuger L. Pregnancy after radical trachelectomy ; a real option? *Gynaecologic oncology* 2005; 99: S152-S156.
12. Schlearth JB, Schlearth AC. Radical trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine preservation in the treatment of cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(1): 29-34.
13. Burnett AF, O'Meara AT, Morrow CP. Radical vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003; 88(3).
14. Mathevet P, Dargent D. Fertility preservation in early cervical cancer. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(9): 706-12.
15. Bernardini M, Seaward G, Covens A. Pregnancy outcome in patients post radical trachelectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(5): 1378- 82.
16. Shepherd JH, Oram DH. Radical trachelectomy in early stage carcinoma of the cervix: outcome as judged by recurrence and fertility rates. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108(8): 882-5.