

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

Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale

—

**Volume 2009
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Les signes de gravité en colposcopie

J. MARCHETTA, P. DESCAMPS *
(Angers)

Résumé

Cet exposé est destiné à exposer ce que nous considérons comme les 7 signes majeurs de gravité des images colposcopiques. Il n'y a pas d'échelle de valeur entre ces 7 signes, chacun représentant à lui seul un élément suspect et méritant de cibler sur lui les biopsies. Ces signes sont successivement : les érosions et ulcérations de l'épithélium malpighien, le bourrelet rouge qui borde la périphérie de la zone pathologique, la couleur jaune paille d'une zone iodo-négative, le caractère surélevé en relief de la zone identifiée comme suspecte à l'acide acétique, les vaisseaux irréguliers, les orifices glandulaires lorsqu'ils sont déformés, et l'aspect étiré de l'orifice externe anatomique. L'ensemble de ces signes de gravité doit représenter l'essentiel de la culture d'un colposcopiste.

Mots clefs : biopsie, trépied cyto-colpo-histologique, haut grade, bas grade, érosion, ulcération, orifices glandulaires, vaisseaux

* CHU d'Angers - Service de gynécologie-obstétrique - 4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 9

Le diagnostic lésionnel en pathologie cervicale repose essentiellement sur la lecture des prélèvements biopsiques que nous sommes conduits à faire lors de l'examen colposcopique. Ce diagnostic ne peut pas rester indépendant de la qualité de l'exploration colposcopique. C'est donc sur le colposcopiste que repose la lourde tâche d'identifier les zones les plus anormales d'un col utérin qu'il livrera à l'analyse histologique.

La colposcopie se trouve au centre du trépied cyto-colpo-histologique et le diagnostic a d'autant plus de chance d'être exact que ce trépied est concordant. L'examen colposcopique est donc le « pivot » du diagnostic.

Si on connaît l'excellente sensibilité de la colposcopie, on reconnaît également sa faiblesse en matière de spécificité. Toutefois, la méta-analyse de Mitchel sur 86 articles [1] qui retrouve une spécificité globale de 48 % met en évidence une performance moyenne pondérée beaucoup plus intéressante pour les hauts grades car la spécificité atteint alors le chiffre de 60 %. C'est donc dans la recherche de lésions graves que la colposcopie trouve son meilleur rendement.

Pourtant, la force de la colposcopie est aussi de nous donner cette chance extraordinaire de retrouver des lésions de haut grade alors que l'examen a été motivé pour des frottis de bas grade. C'est là toute la grandeur et la magnificence de la colposcopie. Cette situation se rencontre dans une proportion non négligeable puisqu'elle est estimée à 15 % des colposcopies faites pour un frottis de bas grade.

Nous résumerons à 7 le nombre des signes de gravité et ce n'est pas par hasard que nous avons choisi ce chiffre. Si chaque examinateur connaît parfaitement les 7 signes de gravité de la « bible colposcopique », notre objectif sera ici atteint.

1 - Ulcérations, érosion

L'aspect colposcopique d'ensemble réalise un tableau sévère avec inversion du rapport zone blanche/zone rouge. Il peut s'agir :

- a. d'ulcération avérée saignant spontanément ou au frottement sans réaction à l'acide acétique (puisque'il y a disparition de l'épithélium),
- b. d'une zone désépithélialisée avec imminence d'ulcérations, occupant toute une surface du col, à limites imprécises ou à l'emporte-pièce, découvrant volontiers des vaisseaux pathologiques,

- c. à un moindre degré, d'une érosion siégeant la plupart du temps au sein d'une zone pathologique acidophile.

2 - Bourrelet rouge péri-lésionnel

C'est un signe très important de gravité. Il s'agit d'une zone rouge qui borde la lésion en périphérie, correspondant à l'inflammation du chorion sous-jacent. Cette inflammation est masquée par l'acidophilie de la zone lésionnelle mais, débordant volontiers la zone pathologique, elle apparaît autour de celle-ci. La notion de bordure rouge en périphérie s'oppose totalement à la zone rouge interne que l'on voit dans les transformations atypiques bénignes, l'acidophilie étant alors en périphérie du rouge.

3 - Iodo-négativité jaune-paille

Cette couleur à l'iode témoigne de la nécrose tissulaire, excellent signe qui, au sein d'une zone perturbée et d'analyse difficile, guidera volontiers le site de la biopsie. Renzo Barrasso [2-4] considérerait cet aspect comme le meilleur témoin de la gravité.

4 - Surfaces irrégulières

Contrairement aux processus de réparation dystrophique qui restent toujours plans, les processus néoplasiques sont prolifératifs, donc en relief. Ce dernier est parfois discret, parfois plus marqué « en chaîne de montagnes » pouvant même en imposer pour des condylomes, mais c'est la coloration jaune-paille au LUGOL qui fera la différence (les condylomes sont iode inhomogène).

5 - Les vaisseaux pathologiques

Ils représentent un élément extrêmement important de la recherche des signes de gravité et sont trop souvent négligés par le colposcopiste débutant. Ils peuvent apparaître hautement pathologiques :

- a. dans leur aspect (les 3 critères d'un vaisseau pathologique sont : son volume important, son trajet rigide qui ne diminue pas de calibre et l'absence d'arborescence),

- b. dans leur volume, prenant parfois des aspects de « flaques vasculaires »,
- c. dans les images que ces vaisseaux construisent (murets rouges formant les pavés de mosaïque qui prennent une connotation encore plus grave lorsqu'au sein de ce pavé se dessine un trait rouge vasculaire).

6 - Les orifices glandulaires

Un orifice glandulaire cerné n'a pas de valeur pathologique intrinsèque. Il ne devient suspect que lorsqu'il est déformé, en fente, voire en faille, ou lorsqu'il reste régulier mais intensément marqué au sein d'une zone rouge désépithélialisée.

7 - La déformation de l'orifice externe

Dont les bords peuvent être marqués par des failles, ou prenant un aspect polyédrique et non plus arrondi témoignant de la souffrance de cet orifice par le processus prolifératif.

Afin d'apprécier le risque de gravité des zones lésionnelles sur un col, l'extension des images pathologiques est à prendre en compte. Si le col est virtuellement divisé en 8 quadrants par 2 cercles concentriques et 2 lignes perpendiculaires centrées par l'orifice externe, le degré lésionnel est directement proportionnel au nombre de quadrants envahis par le processus pathologique.

Rappelons pour terminer qu'un bilan colposcopique ne permet une véritable évaluation que lorsque l'examen est dit « satisfaisant » selon les termes de la terminologie internationale, « satisfaisant » signifiant que la totalité du revêtement épithélial malpighien a pu être observée, autrement dit que la ligne de jonction pavimento-cylindrique a été parfaitement suivie, gage d'un examen colposcopique complet.

CONCLUSION

La parfaite connaissance des signes de gravité reste la pierre angulaire de la démarche colposcopique. L'exigence primordiale de la colposcopie est en effet de cibler au plus juste les zones méritant un prélèvement biopsique. Seule la bonne connaissance des signes importants évitera la multiplication des prises biopsiques lors d'un examen, et l'idéal de la démarche doit aboutir au prélèvement unique sur la zone la plus grave.

Bibliographie

- [1] Mitchell MF, Schottenfeld D, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998 Apr;91(4):626-31.
- [2] Barrasso R. Colposcopie, technique et applications pratiques. *Contracept Fertil Sex* 1996 Jan;24(1):18-21.
- [3] Marchetta J, Descamps Ph. *La colposcopie*, 2^e édition Elsevier Masson Mars 2008.
- [4] Leroy JL, Baldauf JJ. *Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus de J. Monsonégo*. Springer 2007.