

Conisations : comment adapter la technique ?

C. HOCKÉ *
(Bordeaux)

Résumé

Les lésions intraépithéliales de haut grade du col utérin sont prises en charge par des traitements d'exérèse. Deux objectifs parfois contradictoires sont à respecter : la nécessité le plus souvent possible de réaliser une résection en marges saines, et l'impératif de faire une chirurgie minimalement invasive avec une exérèse au minimum afin de ne pas risquer d'augmenter la morbidité obstétricale et périnatale lors d'une grossesse ultérieure. La réalisation des conisations à l'anse a déjà permis de réduire l'agression chirurgicale. Les paramètres permettant de moduler la technique de conisation sont d'une part des données diagnostiques étroitement dépendantes de la colposcopie, c'est-à-dire « l'impression colposcopique » : taille, aspect, étendue de la lésion. La position de la zone de transformation est probablement la donnée la plus importante pour définir la hauteur du cône. D'autre part des données en rapport avec la sévérité de l'atteinte histologique (CIN3, anomalies squameuses ou glandulaires), la morphologie cervicale, l'âge, le désir de grossesse. La réalisation du geste chirurgical sous colposcopie permettrait également d'améliorer la précision du geste. La détermination de la hauteur de la conisation reste

* CHU de Bordeaux - Groupe hospitalier Pellegrin - Pôle de gynécologie-obstétrique-reproduction - Place Amélie Raba-Léon - 33000 Bordeaux

Correspondance : claud.hocke@chu-bordeaux.fr

difficile à préciser et les techniques de curetage de l'endocol préopératoire, d'extemporané des marges de section ne sont plus guère utilisées. Globalement pour toute lésion dont la zone de transformation est vue, la hauteur du cône de section préconisée sera de 10 mm. Pour les lésions dont la zone de transformation n'est pas vue, particulièrement devant des lésions de CIN3, la hauteur du cône devrait être de 18 mm.

Mots clés : conisation, lésions pré-néoplasiques du col utérin, colposcopie

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Claude Hocké, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Les lésions intraépithéliales du col utérin sont prises en charge soit par des traitements d'exérèse (conisation et résection à l'anse), soit par des traitements destructeurs (laser et cryothérapie).

Les principes de bases de ces traitements sont en principe bien connus :

- la lésion ainsi que la zone de jonction (ou aussi appelée zone de transformation) doivent être détruites avec une exérèse supérieure à 5 mm en profondeur permettant ainsi la destruction des cryptes glandulaires ;
- en principe, le traitement doit être fait sous contrôle colposcopique direct et l'on recommande de plus en plus un traitement sur mesure par un opérateur expérimenté ;
- ce traitement sur mesure doit donc être adapté à la topographie de la lésion, aux limites de la zone de jonction, à la morphologie cervicale ; s'ajoutent pour le choix du traitement d'autres paramètres, à savoir l'âge de la patiente, le désir de grossesse de la patiente, les caractéristiques de la lésion en termes de sévérité, de siège et surface ;

- l'association des caractéristiques de la lésion associées à ces critères complémentaires d'âge, de concordance des résultats cytologiques et histologiques, permet de mieux préciser les indications thérapeutiques et l'importance des gestes de manière à formaliser des critères décisionnels [1].

I. LES TECHNIQUES DE CONISATIONS [2]

I.1. Introduction

Les techniques de destruction ont une efficacité identique aux traitements d'exérèse [3] mais sont limitées par l'impossibilité d'examen anatomopathologique. Ainsi pour la plupart la vaporisation laser ne doit être utilisée que pour le traitement des CIN1 persistants.

La conisation chirurgicale est de plus en plus rarement pratiquée. Elle permet l'obtention de plus grosses pièces opératoires (*elle a surtout son intérêt pour des lésions endocervicales profondes*).

Pour des raisons de pratiques elle n'est pas faite en général sous colposcopie.

La résection à l'anse (*LLETZ*) est maintenant le geste d'exérèse le plus largement pratiqué.

I.2. Les résections à l'anse [4]

Les résections à l'anse peuvent être effectuées sous anesthésie générale ou locale, dans un bloc opératoire ou une salle de colposcopie.

L'utilisation sous contrôle colposcopique direct d'anses de largeur et de profondeur adaptées permet en principe une exérèse qui est parfaitement cohérente avec la taille et la topographie de la lésion, à la zone de transformation et à la morphologie cervicale.

Ainsi, actuellement pour la totalité des auteurs, l'adaptation de la technique de conisation est quasi totalement dépendante d'un bilan colposcopique le plus précis possible et de la réalisation du geste chirurgical avec l'aide également du colposcope.

La réalisation du geste doit également s'accompagner de l'utilisation d'un aspirateur de fumées (meilleure vision) et il doit être réalisé en section pure d'un seul mouvement de vitesse constante idéalement latérale. Ce mouvement doit, de manière à pouvoir aboutir à une

résection en zone saine, débiter en dehors de la limite externe de la zone de transformation (supérieure à 1-2 mm) ; l'anse sera ensuite enfoncée directement à la profondeur voulue (adaptée en fonction de la position de la limite interne de la zone de jonction). L'arrêt du mouvement se fera après atteinte de la limite externe controlatérale.

En cas de lésions étendues et de manière également à obtenir une résection en marges saines, une section en plusieurs étapes est possible ; on commencera par la partie centrale en emportant la limite interne de la zone de jonction, puis l'on traitera les limites latérales.

II. IMPORTANCE DES MARGES DE RÉSECTION

II.1. Introduction

L'obtention de marges saines est un objectif prioritaire lors de la réalisation de conisations.

Malheureusement dans environ 20 % des cas, ce but n'est pas atteint et est la source d'une augmentation du taux de persistance ou de récurrence des lésions. Parallèlement, il n'est pas souhaitable de réaliser des gestes d'exérèse importants. En effet, la réalisation des conisations entraîne une augmentation de la morbidité obstétricale (toutes méthodes de conisation confondues) et de la morbidité néonatale (conisations chirurgicales) [5]. Par contre, il n'existe pas de majoration du risque d'infertilité.

La méta-analyse de Ghaem-Maghani montre bien l'importance des marges de résection dans les risques de récurrence. Ainsi les risques de récurrence sont de 3 % en marges saines, et de 18 % en cas de marges atteintes.

Il existe autant de marges atteintes en endocervical (environ 10 %) qu'en exocervical (10 %) [7].

Afin de diminuer le risque de ne pas réséquer en zone saine, c'est encore une fois le guidage colposcopique direct qui permettra de connaître précisément la position exacte de la lésion, l'étendue, les limites internes et externes et la morphologie cervicale. Il faudra, chaque fois que cela est possible, obtenir un cône inférieur ou égal à 10 mm, ce qui minimisera les conséquences obstétricales possibles des conisations [8]. Cependant, cette faible profondeur ne pourra s'envisager que si la zone de transformation est strictement visible sur le bilan colposcopique et que l'ensemble de la lésion est bien délimité, y

compris au niveau de l'endocol. Cette attitude ne peut cependant être préconisée que si la femme est jeune et souhaite une grossesse. Chez les patientes plus âgées et/ou ne souhaitant pas de grossesse, il est préférable, surtout en cas de lésions CIN3, de prévoir l'exérèse d'un cône de 18 mm de hauteur [9].

II.2. Appréciation des marges

Hormis la colposcopie, d'autres procédés ont été proposés pour adapter la technique de conisation, il s'agit de l'examen extemporané des marges de résection [10, 11] ; il s'agit d'une technique lourde qui est actuellement abandonnée. Des essais de microhystérocopie de contact permettant de délimiter précisément la hauteur des lésions ont été également proposés associés à des techniques colorimétriques ; ces techniques sont actuellement abandonnées. Enfin, le curetage de l'endocol a également été proposé en préopératoire et parfois en postopératoire, mais n'amène pas d'éléments suffisamment pertinents pour être proposés en routine [12]. Certains le considèrent cependant comme utile lorsque la zone de transformation n'est pas visible en colposcopie.

L'examen colposcopique reste donc le seul examen qui permet d'adapter de façon satisfaisante le geste thérapeutique. Il existe encore une grande marge de progression auprès de l'ensemble des gynécologues obstétriciens pour améliorer la fiabilité et la pertinence de cet examen par une formation régulière des différents praticiens.

À noter qu'une histologie glandulaire doit bien entendu faire adapter également le geste et que les lésions d'adénocarcinome *in situ* sont accompagnées d'un important pourcentage de marges atteintes, et qu'il faut dans ces conditions utiliser une technique qui permette a priori d'avoir une hauteur de coupe de 25 mm [13, 14].

II.3. Conduite à tenir devant des marges non saines

L'existence de zones non saines, malgré l'augmentation du risque de récurrence, ne doit pas entraîner une réintervention systématique sauf en cas de lésions micro-invasives.

La plupart du temps, il faudra donc attendre la réalisation d'un bilan colposcopique et d'un nouveau contrôle 4 mois après la conisation avant de prendre une décision. Bien entendu chez les femmes de plus de 50 ans, les indications de reprise, en particulier lors de berges positives en marges endocervicales, sont plus importantes.

III. LIMITES DE L'EXAMEN COLPOSCOPIQUE ET DE L'HISTOLOGIE DANS L'ADAPTATION DE LA CONISATION

Le risque de lésions sévères ou micro-invasives augmente avec la sévérité du frottis initial et la sévérité de l'impression colposcopique. Il faut donc être parfaitement vigilant en cas de lésions qui semblent importantes à l'obtention d'une pièce de conisation de taille suffisante.

Les limites de la colposcopie dépendent essentiellement de la position de la limite interne de la zone de transformation. En effet, cet examen n'est performant que si la zone de transformation est totalement visible en position exocervicale ou légèrement endocervicale (types 1 et 2).

Sur le plan de l'histologie, l'atteinte de plus de 2 quadrants en colposcopie entraîne un risque de sous-évaluation diagnostique initiale si le nombre de biopsies réalisées n'est pas suffisant, en particulier n'intéressant pas chaque quadrant.

L'existence d'une atteinte de 3 ou 4 quadrants, d'autant plus qu'il s'agit d'une patiente de plus de 40 ans, augmente le risque de berges atteintes [15].

CONCLUSION

À l'heure actuelle, la résection à l'anse s'impose comme la technique de référence et doit être préférée à la conisation chirurgicale. La hauteur du cône doit être la moins haute possible, mais cet objectif ne doit pas entraîner un pourcentage de gestes en marges saines trop important. Malgré différents essais, seuls actuellement l'apprentissage et la réalisation de colposcopies détaillées pendant le geste diagnostique et le geste thérapeutique pourront permettre d'adapter de façon satisfaisante la conisation.

Bibliographie

- [1] Mergui JL, Carcopino X, Marchetta J *et al.* Repenser la prise en charge des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus : proposition d'une méthode d'évaluation du risque et d'aide à la décision thérapeutique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:520-528.
- [2] Carcopino X, Mergui JL, Prendiville W *et al.* Traitement des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus : laser, cryothérapie, conisation, résection à l'anse. EMC, Techniques Chirurgicales - Gynécologie 2011;41-685.
- [3] Martin-Hirsh PPL, Paraskevaidis E, Bryant A *et al.* Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 6:CD001318.
- [4] Lindeque BG. Management of cervical premalignant lesions. *Best Practice & Research Clin Obstet Gynecol* 2005;19:545-561.
- [5] Arbyn M, Kirgiou M, Simoens C *et al.* Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associates with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ* 2008;337:1284.
- [6] Ghaem-Maghani S, Sagi S, Majeed G *et al.* Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analyse. *Lancet Oncol* 2007;8:985-993.
- [7] Narducci F, Occelli B, Boman F *et al.* Positive margins after conization and risk of persistent lesion. *Gynecol Oncol* 2000;76:311-314.
- [8] Kirgiou M, Koliopoulos D, Martin-Hirsch M *et al.* Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006;367:489-498.
- [9] Papoutsis D, Rodolakis A, Antonakou A *et al.* Cervical cone measurements and residual disease in LLETZ conisation for cervical intraepithelial neoplasia. *In Vivo* 2011;25:691-696.
- [10] Michy T, Levêque J, Loussouarn D *et al.* La notion de marges d'exérèse dans le contexte de la pathologie du col utérin : définitions et impact thérapeutique. *Bull Cancer* 2008;95(12): 1171-5.
- [11] Rouzier R, Feyereisen E, Constancis E *et al.* Frozen section examination of the endocervical margin of cervical conization specimens. *Gynecol Oncol* 2003;90(2):305-9.
- [12] Fine BA, Feinstein GL, Sabella V. The pre- and postoperative value of endocervical curettage in the detection of cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1998;71(1):46-9.
- [13] Bretelle F, Cravello L, Yang L *et al.* Conization with positive margins: what strategy should be adopted? *Ann Chir* 2000;125:444-449.
- [14] Dedecker F, Graesslin O, Bonneau S *et al.* Persistance et récidence des adénocarcinomes in situ après traitement : à propos d'une série rétrospective multicentrique de 121 cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:616-622.
- [15] Saeai N, Boonyapipat S, Tungsinnmunkong K *et al.* Predictors of the residual disease of high grade lesions and microinvasive squamous cell carcinoma of the cervix following conisation. *J Med Assoc Thai* 2009;92(11):1406-12.

