

Traiter les lésions cervicales précancéreuses

Un point crucial des programmes efficaces de dépistage du cancer du col utérin est la capacité à offrir aux femmes un traitement des lésions cervicales précancéreuses approprié et efficace, réduisant l'incidence globale du cancer du col et la mortalité. Dans les pays développés, le traitement des lésions précancéreuses est passé de méthodes où la patiente était hospitalisée à des méthodes ambulatoires. Cependant, dans beaucoup de pays en développement, les médecins doivent hospitaliser les patientes et utiliser des méthodes comme la conisation ou l'hystérectomie pour traiter la dysplasie.¹ Introduire des méthodes plus simples, moins agressives et ambulatoires telles que la cryothérapie et la résection à anse diathermique (RAD) peut permettre de traiter efficacement des lésions intraépithéliales de haut grade (LIEHG) pour beaucoup de femmes. En même temps, elles permettent de réduire les risques pour la santé des femmes, d'augmenter l'efficacité des programmes et de limiter la charge sur les finances des programmes de santé.²

Quels types de lésions doivent être traitées ?

Dans la plupart des pays développés, la stratégie habituelle est de traiter les LIEHG et de surveiller les femmes ayant des lésions intraépithéliales de bas grade (LIEBG). Dans les pays pauvres, les stratégies vont varier en fonction des données épidémiologiques locales, de la capacité des programmes à traiter et suivre les patientes et de considérations financières. Par exemple, lorsqu'il est peu probable que les femmes reviennent pour la visite de suivi, il peut être approprié de traiter les LIEBG des femmes admissibles. De plus, un test qui ne peut différencier les LIEBG des LIEHG, comme l'Inspection Visuelle avec Acide acétique (IVA) ou les tests de recherche de l'ADN du VPH, peut être utilisé pour identifier les femmes ayant un éventuel pré-cancer. Dans ce cas, et lorsqu'aucun test de confirmation n'est disponible ou n'est effectué, un traitement est proposé à

beaucoup de femmes dépistées positives pour lesquelles le grade précis de la maladie n'est pas connu.

Technologies de traitement adaptées

Il existe plusieurs options, sans hospitalisation de la patiente, pour traiter les lésions précancéreuses. Les méthodes chirurgicales comme la cryothérapie, la coagulation par le froid, la vaporisation laser ou la cautérisation, détruisent le tissu cervical anormal. Les méthodes comme la RAD éliminent le tissu anormal. La taille de la lésion, sa sévérité et sa localisation sur le col permettent de déterminer l'option de traitement la plus adaptée. D'autres facteurs influent également sur le choix du traitement : son efficacité, les complications éventuelles et les effets secondaires, la réglementation sur les médecins autorisés à pratiquer le traitement, les équipements et matériels nécessaires, la disponibilité, le coût.³ Une formation adaptée est essentielle pour assurer l'efficacité du traitement. De nouveaux supports ont été mis au point pour aider à apporter des formations dans les zones à faibles ressources.^{3,4}

La cryothérapie

La cryothérapie (méthode qui utilise le froid pour geler les cellules anormales) est souvent considérée comme la méthode d'ablation la plus pratique dans les pays pauvres. Cette méthode est simple, peu coûteuse et ne nécessite pas d'électricité. La cryothérapie est efficace à environ 90% pour le traitement des LIEHG à douze mois après traitement.⁵ Cette méthode a généralement un taux de guérison plus faible pour les lésions plus larges (lésions plus larges que la sonde utilisée pour la cryothérapie ou occupant, en moyenne, plus de 75% de la surface du col de l'utérus) et pour les lésions qui s'étendent dans le canal cervical. Si cela est possible, une méthode alternative de traitement devra être envisagée pour les femmes présentant ce type de lésions.^{2,5}

Le traitement des femmes contaminées par le VIH

Les lésions précancéreuses ont tendance à être plus fréquentes, plus persistantes, et plus récurrentes chez les patientes contaminées par le VIH. Ces femmes doivent donc recevoir des conseils spécifiques avant d'être traitées. On doit leur dire que la cryothérapie, tout comme d'autres traitements sans hospitalisation, risque d'être moins efficace chez les patientes contaminées par le VIH et qu'elles devront être suivies régulièrement. Il semble que la diffusion du VIH augmente substantiellement (mais temporairement) sur le site de la cryothérapie.⁶ Cette diffusion peut augmenter le risque de la transmission du VIH à un partenaire non infecté. Il est essentiel d'insister sur le fait que l'abstinence sexuelle est très importante pendant la période de cicatrisation (ou bien, utiliser un préservatif si l'abstinence est impossible).

La cryothérapie apparaît comme sûre et bien acceptée par les femmes

Les complications associées à la cryothérapie sont très minimes. Les données disponibles montrent que la cryothérapie est sûre et comporte peu de risques de complications importantes.⁵ Les hémorragies et les maladies inflammatoires pelviennes, deux des complications potentielles les plus sérieuses, sont extrêmement rares chez les femmes traitées par cryothérapie. Aucune preuve n'a été faite qu'il existe un lien entre la cryothérapie et la sténose cervicale ou bien que la cryothérapie a un impact à long terme sur la fertilité des femmes ou sur leurs grossesses futures ; ce qui est très important lorsque l'on traite des femmes en

âge de procréer.^{5,7} Proposer un traitement par cryothérapie aux femmes ayant un résultat de dépistage positif lors de la même visite (stratégie de la visite unique) peut être une approche rationnelle dans certaines régions.^{5,7} Des informations claires et précises doivent être données aux femmes sur la nécessité de revenir à la consultation si des indications de complications sérieuses surviennent après le traitement.

La cryothérapie est généralement une option de traitement bien acceptée par les femmes. Beaucoup de femmes ressentent un certain inconfort, tel que des douleurs ou des crampes, pendant le traitement ou durant 2–3 jours après le traitement. Elles peuvent aussi avoir des vertiges, des évanouissements ou des bouffées de chaleur pendant ou immédiatement après le traitement. Pour ces raisons, les femmes qui vont subir une cryothérapie ont besoin d'informations claires et de soutien pour les aider à réduire leurs éventuelles anxiétés. Des pertes vaginales aqueuses abondantes, pouvant durer jusqu'à 4 semaines, constituent l'effet secondaire le plus fréquemment rencontré de la cryothérapie. Bien que cela soit désagréable, les femmes peuvent surmonter le problème en utilisant un linge propre ou des serviettes hygiéniques.⁵

RAD

Des méthodes de traitement par résection telles que la RAD ont l'avantage de fournir des spécimens pour diagnostic histologique (si disponible), permettant de réduire les possibilités de ne pas diagnostiquer un cancer invasif ou de ne pas éliminer toutes les cellules précancéreuses.

La RAD, parfois connue sous le nom de « résection de la zone de transformation par une large anse », utilise un fil métallique électrique fin pour exciser complètement la zone de transformation du col. La RAD est efficace entre 90 et 95 % pour traiter la dysplasie de haut grade mais elle est plus lourde que la cryothérapie en terme de compétences,

Implications des politiques

Les planificateurs de programmes de prévention du cancer du col utérin doivent prendre en considération les éléments suivants :

- S'appuyer, le plus souvent possible, sur des technologies de traitement ne nécessitant pas d'hospitalisation pour traiter les lésions précancéreuses de façon appropriée ; cela rend les traitements plus facilement accessibles aux femmes.
- Étendre l'accès au traitement en rendant la cryothérapie disponible au niveau local et élargir les règles et directives afin que des personnels non médecins puissent exécuter des traitements sans hospitalisation du patient tels que la cryothérapie.
- Lorsque la distinction est possible, s'intéresser davantage aux lésions de haut grade ou sévères plutôt qu'à toutes les lésions, puisque les

lésions de bas grade régressent spontanément. Dans les régions où les femmes risquent de ne pas revenir pour la visite de suivi, il peut cependant être approprié de traiter aussi les lésions de bas grade, tout particulièrement chez les femmes plus âgées (30 ans et plus).

- En général, la cryothérapie est adaptée au traitement des lésions situées sur l'exocol, qui occupe moins des 3 quarts de la zone de transformation et qui ne s'étend pas dans le canal cervical ou le vagin.
- Les femmes pour lesquelles la cryothérapie ne semble pas adaptée, une méthode de traitement alternative comme la RAD est recommandée.
- Explorer de nouvelles stratégies afin que le nombre de visites nécessaires pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi puisse être réduit.

de formation, de besoins en équipement et en électricité, et de coût.⁸

La RAD est aussi associée à un taux un peu plus élevé de complications et d'effets secondaires tels que les saignements et les douleurs post-opératoires.⁹ Pour ces raisons, il est plus pratique de proposer la RAD dans un hôpital central ou dans un centre de santé de référence et d'offrir la cryothérapie dans les centres de santé locaux.²

Puisque la cryothérapie et la RAD sont associées avec des taux d'échec jusqu'à 10–15 % selon les caractéristiques de la lésion, un suivi après traitement à un an minimum est recommandé. Bien que certains médecins pensent que des suivis à intervalles plus courts sont plus appropriés, cela peut ne pas être pratique dans les zones à faibles ressources.

Références

1. Bishop A, Sherris J, Tsu V. *Cervical Dysplasia Treatment in Developing Countries: A Situation Analysis*. Seattle, WA: PATH (July 1995).
2. Bishop A, Wells E, Sherris J, et al. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* (6):60–71 (November 1995).
3. JHPIEGO. McIntosh N, Blumenthal P, Blouse A, eds. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore, MD: JHPIEGO Corporation (July 2000).
4. Sellors JW and Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon:IARC (2003).
5. ACCP. *Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Review*. Seattle, WA: PATH (January 2003).
6. Wright TC Jr, Subbarao S, Ellerbrock TV, et al. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(3):279–285 (February 2001).
7. Gaffikin L, Blumenthal PD, Emerson M, et al. (RTCOG/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet* 361:814–820 (2003).
8. Dodson MK, Sharp HT. Uses and abuses of the loop electrosurgical excision procedure (LEEP). *Clinical Obstetrics and Gynecology* 42(4):916–921 (December 1999).
9. Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, et al. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics and Gynecology* 92(5): 737–744 (1998).

Membres de l'Alliance pour la prévention du cancer cervical

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001 USA, Tel: (212) 561-8000

IARC (International Agency for Research on Cancer), 150, cours Albert-Thomas, F-69372, Lyon cedex 08, FRANCE, Tel: 33-472738599

JHPIEGO, 1615 Thames Street, Baltimore, Maryland 21231 USA, Tel: (410) 955-8618

PAHO (Pan American Health Organization), 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA, Tel: (202) 974-3890

PATH, Agence responsable pour la coordination de l'Alliance, 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107 USA, Tel: (206) 285-3500