

Chapitre 5

L'examen colposcopique étape par étape

- Avant même de commencer la colposcopie, il est important de rassurer la patiente et de lui expliquer la façon dont l'examen va se dérouler. Tout doit être mis en œuvre de sorte qu'elle reste détendue durant toute la durée de la colposcopie.
- La patiente devra donner son consentement éclairé par écrit avant de débiter la colposcopie.
- Les antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux devront être demandés avant de débiter la colposcopie.
- Un strict respect des étapes essentielles de l'examen colposcopique permet d'éviter les erreurs habituelles.
- Il est important de visualiser la jonction pavimento-cylindrique sur toute sa circonférence, sinon l'examen colposcopique est qualifié de "déficient".
- Au cours de l'examen colposcopique, il faut identifier la zone de remaniement (ZR) en repérant sa limite proximale, délimitée par la jonction pavimento-cylindrique, et sa limite distale que l'on déterminera en traçant une ligne imaginaire entre les orifices glandulaires ou les kystes de Naboth les plus éloignés sur les lèvres du col.
- Il est important de prélever des biopsies dirigées sous contrôle colposcopique à partir des zones identifiées comme étant anormales/suspectes.
- La pratique d'une colposcopie en cours de grossesse nécessite une grande expérience. Plus la grossesse est avancée, plus forte est la probabilité d'un saignement important, souvent difficile à résorber lors du prélèvement d'une biopsie. Ce risque est à mettre en balance avec le risque de laisser échapper un cancer invasif. On s'occupera des lésions non invasives après l'accouchement.

Ce chapitre détaille les différentes étapes de l'examen colposcopique pour identifier les néoplasies cervicales. Un strict respect du protocole d'examen permet dans une large mesure d'éviter les erreurs courantes en colposcopie. Avant d'aller plus loin, il est fortement conseillé aux étudiants de soigneusement réviser les bases anatomiques et physiopathologiques essentielles à la pratique de la colposcopie (confère chapitres précédents).

S'entraîner d'abord sur des objets inanimés

Le colposcope peut être d'une certaine façon considéré

comme un prolongement de la vue du clinicien. En tant que tel, et avec de la pratique, il devient davantage un outil familier qu'une entrave - une partie du corps du colposcopiste en quelque sorte. Lorsqu'on apprend la colposcopie, il est utile de se familiariser avec le matériel que l'on va être amené à utiliser. On peut donc commencer par s'entraîner dans la salle d'examen à faire la mise au point avec le colposcope sur des objets inanimés (pommes, oranges, fleurs, petites bouteilles portant des étiquettes, etc.) en utilisant les différentes intensités lumineuses et les différents grossissements, avec ou sans filtre vert et/ou bleu.

Il est parfois nécessaire d'effectuer deux types d'ajustement afin d'adapter le colposcope à chaque utilisateur. Tout d'abord, pour obtenir une vision stéréoscopique, il faut ajuster la distance interpupillaire en jouant sur la distance séparant les deux oculaires. Au départ, ceux-ci doivent être écartés au maximum, de sorte qu'en regardant à travers le colposcope, on obtienne deux champs de vision séparés. Puis, il suffit de rapprocher progressivement les deux oculaires jusqu'à ce que les champs de vision se superposent pour n'en former plus qu'un et donner ainsi une vision binoculaire stéréoscopique. Si besoin est, on peut également ajuster les oculaires de façon à compenser les différences de vue de chaque colposcopiste en réglant la mise au point de chaque lentille selon la correction requise (+ ou - de dioptries) grâce à l'échelle de dioptries sur le côté des oculaires. Pour ce faire, on regarde dans l'objectif droit en fermant l'œil gauche et en bougeant le colposcope tout en ajustant la mise au point à l'aide d'une molette de réglage de précision jusqu'à ce que l'image apparaisse nette. Puis, sans bouger le colposcope, l'œil droit fermé cette fois-ci, on tourne doucement l'oculaire gauche jusqu'à obtenir une image nette. L'instrument est alors ajusté à la vue de son utilisateur. Ceux dont la vue est normale ou corrigée par des lunettes, n'ont pas besoin de modifier le réglage des dioptries.

Pour s'entraîner au prélèvement de biopsies sous contrôle colposcopique sur un objet inanimé, on peut par exemple utiliser un morceau de tuyau de même diamètre et de même longueur que le vagin (environ 5 cm de large et 15 cm de long), et une balle en caoutchouc mousse qui sera découpée et que l'on enfoncera dans l'extrémité distale du tuyau. Il est ensuite possible de simuler les lésions à la surface du caoutchouc mousse à l'aide de liquide correcteur blanc pour machine à écrire ou de toute autre peinture similaire. Ces lésions constituent les cibles sur lesquelles on peut s'entraîner à la colposcopie. On évite ainsi le recours aux tissus animaux avec tous les problèmes que cela comporte en termes de disponibilité, de nettoyage et de stockage de ces tissus. Quand c'est possible, il faut prélever les biopsies sous contrôle colposcopique. Il est donc préférable de s'y entraîner dès le départ. Dans la mesure du possible, l'étudiant devra être supervisé par un enseignant qui possède une bonne expérience de la colposcopie et qui aura, si possible, suivi un stage de formation. Bien entendu, l'apprentissage sera plus rapide si l'enseignement s'effectue de façon interactive sur de

véritables patients. Lors des sessions de formation pratique, il est utile d'apprendre à utiliser les formulaires d'examen colposcopiques (confère Annexe 1) pour enregistrer les observations et le lieu exact de prélèvement de la biopsie.

Étapes de l'examen colposcopique

La littérature abonde de conseils quant à la façon de réaliser un examen colposcopique (Campion *et al.*, 1991; Cartier & Cartier, 1993; Coppleson *et al.*, 1993; Soutter 1993; Wright *et al.*, 1995; Anderson *et al.*, 1996; Burghart *et al.*, 1998; Singer & Monaghan 2000). Bien qu'il existe différentes écoles de pensée et de pratique de la colposcopie, l'approche proposée dans ce manuel repose sur la technique de colposcopie classique ou interventionnelle.

Les colposcopistes se créent souvent leur propre opinion en ne tenant compte que de ce qu'ils croient essentiel à la colposcopie, et en rejetant tout ce qu'ils jugent inutile. Il semble donc que la pratique de la colposcopie soit quelque peu flexible dans son principe, et que l'ordre d'exécution des différentes étapes puisse varier dans la mesure où les contextes culturels et autres modifient les conditions dans lesquelles sont réalisées cet examen à travers le monde. Cependant, nous conseillons de respecter soigneusement les étapes suivantes aussi bien durant la phase d'apprentissage qu'après, lorsque la pratique de la colposcopie devient régulière. Autant que possible, nous nous sommes efforcés d'expliquer les raisons de chaque étape, mais c'est bien souvent avec l'expérience que l'on prend conscience de l'importance de chacune d'entre elles. Les chapitres 6 à 9 décrivent la façon dont il est possible d'interpréter les observations colposcopiques normales ou anormales.

Explication du déroulement de l'examen à la patiente

Les patientes orientées vers un service de colposcopie n'ont pas forcément bénéficié avant leur arrivée d'une explication détaillée concernant le déroulement de l'examen. Il peut être judicieux de proposer à celles qui savent lire et écrire, une brochure leur expliquant ce que signifie une cytologie cervicale anormale ou tout autre test de dépistage, et ce qu'est un examen colposcopique. Quoi qu'il en soit, il est important que toutes les femmes bénéficient d'une explication concernant le déroulement de l'examen et soient rassurées par l'infirmière ou le colposcopiste. Si la patiente n'est pas détendue, l'examen peut s'avérer

difficile et les résultats ne seront pas très bons. Enfin, il est extrêmement important de préserver la pudeur et la dignité de la patiente tout au long de la consultation et de l'examen.

Obtention du consentement éclairé

Une fois que le déroulement de l'examen a été expliqué à la patiente, on lui demande de signer un formulaire de consentement éclairé avant la colposcopie. Ce formulaire de consentement écrit doit contenir une information sur l'examen colposcopique et préciser les interventions habituelles qui peuvent l'accompagner : prélèvement de biopsies, curetage endocervical et prise de photos. Il doit également comporter un résumé des complications qui peuvent survenir (les moins graves et les plus fréquentes, mais aussi celles plus rares et plus graves). On trouvera en Annexe 2, un exemple de formulaire de consentement éclairé. Si par la suite, il s'avère nécessaire de répéter l'examen colposcopique, il sera parfois préférable d'obtenir un nouveau consentement éclairé de la patiente avant chaque colposcopie.

Au cours d'une même consultation, il est possible de prévoir la colposcopie et tout de suite après, s'il y a lieu, le traitement de la néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) confirmée par cet examen. Ceci afin de minimiser le nombre de consultations et garantir un traitement dans la mesure où certaines femmes refusent parfois (pour toute une série de raisons) de prendre rendez-vous pour une prochaine consultation à visée thérapeutique. Il est possible de pratiquer un traitement par destruction comme la cryothérapie (confère Chapitre 12) aussitôt après le prélèvement d'une biopsie sous contrôle colposcopique (les résultats d'histopathologie de la lésion traitée seront ainsi disponibles plus tard). D'un autre côté, un traitement par exérèse tel que la résection à l'anse diathermique (RAD) (confère Chapitre 13) permettra l'obtention d'un échantillon de tissu qui facilitera l'identification de la nature pathologique de la lésion traitée. Si l'on prévoit une telle approche thérapeutique immédiatement après la colposcopie, au cours de la même consultation, le formulaire de consentement éclairé devra aussi mentionner tous les points concernant le traitement. Avant de le remplir, la patiente devra bien entendu être informée des conséquences éventuelles d'une telle approche en terme de traitement excessif ou inutile, ainsi que des effets secondaires éventuels et des complications potentielles liées à cette

intervention.

Obtention des antécédents médicaux

C'est généralement après l'obtention du formulaire de consentement éclairé que l'on s'informe du passé médical de la patiente. La plupart des femmes sont orientées vers une colposcopie à la suite d'un test de dépistage positif (cytologie anormale). Dans ce cas, il est préférable de disposer d'une copie écrite des résultats du (des) frottis précédent(s) au moment de la consultation colposcopique. Les antécédents gynécologique et obstétricaux et tout autre antécédent médical pertinent (par exemple, nombre de grossesses, date des dernières règles, passé contraceptif, actuelle contraception orale, traitements hormonaux, infections sexuellement transmissibles, etc.) doivent être également obtenus et consignés à l'aide d'une fiche établie à cet effet. Il est important de demander la date des dernières règles afin d'évaluer la possibilité de ménopause ou de grossesse.

Insertion du spéculum vaginal et inspection du col

La femme est invitée à s'allonger en position gynécologique sur une table d'examen équipée de supports pour les talons ou d'étriers, ou bien encore de supports pour les genoux. Il est important de demander à la patiente de se détendre. Les fesses doivent légèrement dépasser du bord de la table d'examen afin de faciliter l'insertion du spéculum et son orientation, si nécessaire, selon différents axes. Les instruments indispensables à la colposcopie sont disposés sur un plateau à proximité de la table d'examen (Figure 4.3). En général, on utilise un spéculum bi-valve de taille moyenne (Spéculum de Cusco, de Grave, de Collin ou de Pedersen) préalablement immergé dans de l'eau chaude stérile afin de le lubrifier et de réchauffer le métal sans pour autant créer d'interférences avec l'analyse des échantillons du col comme les frottis. Si les parois vaginales de la patientes sont extrêmement relâchées, on utilisera un rétracteur latéral des parois vaginales (Figure 4.5) ou un préservatif en caoutchouc posé sur le spéculum (le bout du préservatif étant coupé à 1 cm de la pointe) (Figure 4.9). On prendra soin de placer les lames du rétracteur vaginal bien perpendiculairement au spéculum afin d'éviter tout pincement du vagin. Ce geste technique s'acquiert avec la pratique. Chez les femmes souffrant d'une forte obésité, il est parfois préférable d'utiliser deux

spéculum de Sim pour rétracter également les parois vaginales antérieure et postérieure.

Une fois le spéculum introduit et les lames largement ouvertes, le col et les culs de sac vaginaux sont alors parfaitement visibles. Chez la patiente multipare, l'ouverture du spéculum peut entraîner une petite éversion des lèvres du col, si bien que la partie basse du canal endocervical devient également visible. Après avoir ainsi exposé le col, on doit alors déterminer la nature des sécrétions cervico-vaginales et remarquer tout ce qui apparaît clairement, c'est à dire : l'ectropion, les polypes, les kystes de Naboth, une dystrophie congénitale, une atrophie, une inflammation et une infection, une leucoplasie (hyperkératose), un condylome, une ulcération, une excroissance, ou tout autre lésion visible dans les culs de sac vaginaux. Puis, à l'aide d'un écouvillon en coton imbibé de sérum physiologique, on ôtera délicatement l'excès de mucus cervical. Il est déconseillé de nettoyer le col avec un coton sec car cela peut engendrer des saignements d'origine traumatique et induire des pétéchies sous épithéliales. Il faut bien entendu faire attention à ne pas endommager l'épithélium et éviter tout saignement provoqué par une utilisation brutale et traumatisante du spéculum et des écouvillons.

Obtention d'un frottis cytologique, si nécessaire

Généralement, une patiente a été orientée vers une

colposcopie parce qu'elle présentait une cytologie anormale. Dans ces conditions, on peut donc se demander s'il est nécessaire de répéter le frottis. Si le colposcopiste souhaite disposer des résultats d'un nouveau test cytologique, il doit effectuer le prélèvement cervical avant toute application de produit tel que d'acide acétique. Ce prélèvement peut entraîner un saignement qui se résorbe cependant progressivement après l'application d'acide acétique.

Obtention d'échantillons destinés au laboratoire d'analyses, si nécessaire

En cas de symptômes ou de signes suspects, si l'on soupçonne une infection par exemple, c'est à ce stade qu'il faut réaliser les prélèvements à l'aide d'un écouvillon pour un dépistage ou un diagnostic. Ainsi, la présence de *Neisseria gonorrhoeae* pourra être détectée dans une culture réalisée à partir d'un prélèvement effectué au niveau du canal endocervical ou du pus accumulé dans le cul de sac vaginal. Dans le cas de *Chlamydia trachomatis*, le prélèvement devra être fait au niveau du canal endocervical après avoir pris soin d'ôter l'excès de mucus. Si le colposcopiste décèle une lésion ulcéreuse sur le vagin, le col ou la région anogénitale externe, il devra envisager la possibilité qu'une ou plusieurs infections sexuellement transmissibles soient à l'origine de ces lésions, et effectuer les prélèvements appropriés. De même, s'il lui semble nécessaire de tester un échantillon pour la

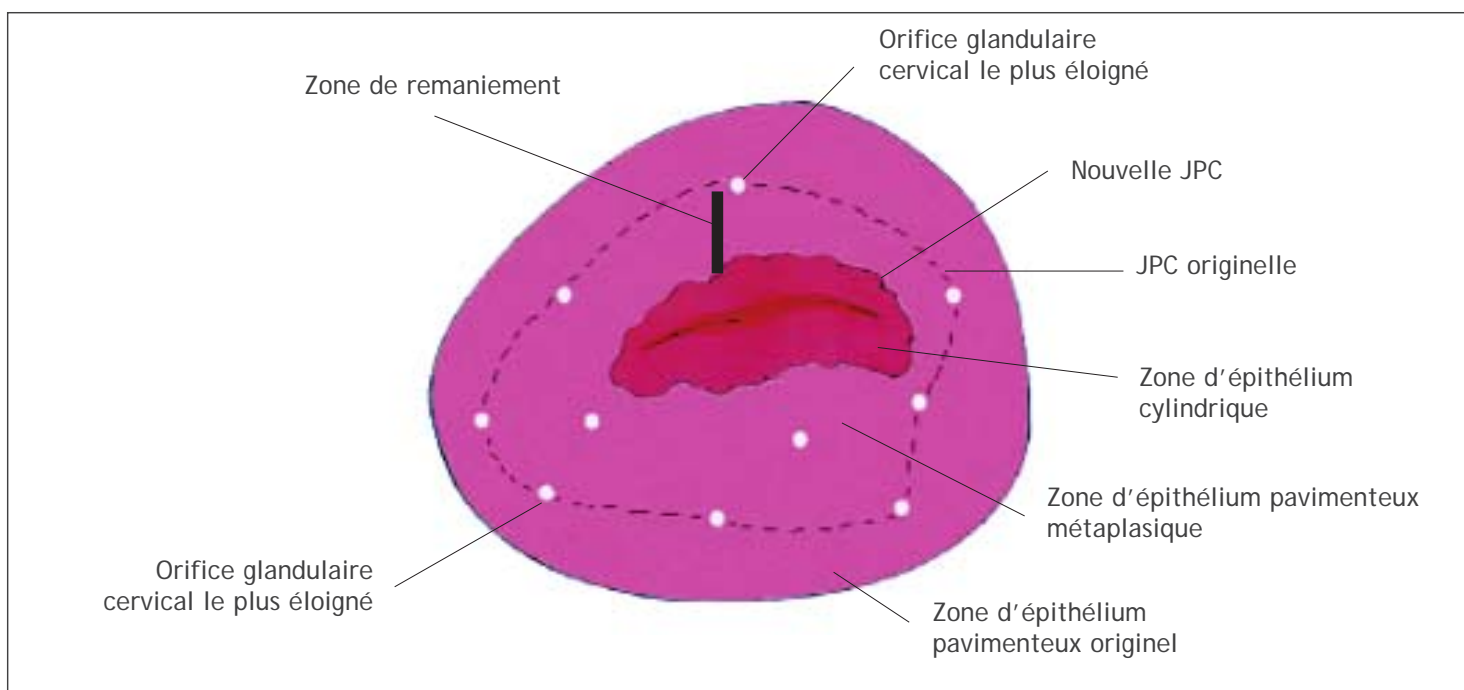


FIGURE 5.1 : Méthode d'identification des bords extérieurs et intérieurs de la zone de remaniement (JPC : jonction pavimonto-cylindrique)

présence du virus du papillome humain (HPV) par exemple, il devra prélever les cellules du col avant l'application d'acide acétique.

Une fois ces prélèvements réalisés, le col doit être examiné à faible grossissement (5x à 10x) à la recherche de toute région d'apparence anormale (par exemple, leucoplasie).

Application de la solution de sérum physiologique

On applique le sérum physiologique sur le col à l'aide d'un petit pulvérisateur ou d'un tampon de coton. L'excès de liquide est ensuite éliminé. Cette technique est non seulement la meilleure façon de réaliser un premier examen à la recherche des anomalies de surface (par exemple, leucoplasie, condylome), mais c'est aussi le meilleur moyen d'examiner dans le détail les capillaires cervicaux et les vaisseaux sanguins de surface. L'utilisation d'un plus fort grossissement (environ 15x) et d'un filtre vert (ou bleu) pour accentuer le contraste des vaisseaux, facilitera l'étude de la vascularisation à l'aide du colposcope. Bien que certains colposcopistes expérimentés omettent cette étape d'observation avec le sérum physiologique (ils appliquent directement la solution d'acide acétique), nous maintenons cependant qu'elle doit être réalisée de façon systématique, car les renseignements obtenus grâce à elle concernant la localisation de vaisseaux anormaux viendront s'ajouter à ceux des étapes suivantes destinées à déterminer le(s) site(s) de biopsies les plus appropriés, si besoin est. En effet, l'application d'acide acétique et du soluté de Lugol sur le col entraîne un gonflement des tissus et par conséquent une opacité qui tend à masquer certains détails vasculaires dans le tissu sous épithélial. Il est donc toujours préférable de vérifier les vaisseaux et les capillaires avant l'application de toute solution autre que du sérum physiologique.

A ce stade, il est également important d'identifier les limites proximale et distale de la zone de remaniement. L'intégralité de la circonférence à 360 degrés de la jonction pavimento-cylindrique définit la limite proximale (bord interne) de la zone de remaniement. Si la jonction est proche de l'orifice externe, voire déplacée dans le canal cervical, il sera plus difficile de visualiser la jonction dans sa totalité. Cependant, en ouvrant plus largement les lames du spéculum vaginal et en utilisant un applicateur muni d'un embout de coton pour soulever la lèvre antérieure du col ou pour repousser la lèvre

postérieure, il est généralement possible de voir la jonction si celle-ci est suffisamment proche de l'orifice. Il est également possible de se servir d'un spéculum endocervical (Figure 4.6) ou des bords d'une longue pince à dissection de façon à examiner le canal sur une plus grande longueur. Ces gestes techniques s'acquièrent avec la pratique. S'il est impossible de voir la jonction pavimento-cylindrique dans l'intégralité de sa circonférence, la colposcopie sera qualifiée d'incorrecte ou de déficiente (confère Chapitre 6).

On identifie la limite distale de la zone de remaniement, autrement dit le site de la jonction pavimento-cylindrique originelle, en repérant les orifices glandulaires ou les kystes de Naboth les plus éloignés sur les lèvres du col, et en traçant une ligne imaginaire entre ces repères (Figure 5.1).

Application d'acide acétique (ou test de Schiller)

Pour cette étape, on pourra utiliser une solution d'acide acétique glacial dilué à 3-5%. Nous préférons utiliser une solution d'acide acétique dilué à 5% car le blanchiment sous l'action de l'acide (réaction acidophile) apparaît plus rapidement et de façon plus nette qu'avec une solution à 3-4%. Si l'on utilise du vinaigre de table blanc, il faut savoir que celui-ci contient généralement 5% d'acide acétique. Il est cependant préférable de confirmer cette concentration. L'application d'acide acétique présente un double intérêt. Premièrement, elle permet un examen supplémentaire de la nouvelle jonction pavimento-cylindrique dans sa totalité, et deuxièmement, elle permet de détecter et d'évaluer toute région de zone de remaniement atypique ou anormale (ZRA). On badigeonne généreusement le col d'acide acétique à l'aide d'un écouvillon, d'un tampon de coton, d'une compresse de gaze de 5cm x 5 cm, ou d'un pulvérisateur, en prenant soin de couvrir la surface du col toute entière, y compris l'orifice externe.

Le fait de tamponner le col plusieurs fois avec un tampon de coton ou tout autre applicateur suffisamment large, favorise la coagulation et l'élimination du mucus, ce qui en retour facilite la pénétration de l'acide acétique dans l'épithélium. Il est parfois difficile d'ôter le mucus accumulé dans le canal, mais il est cependant facile de le repousser temporairement dans l'orifice avec un écouvillon imbibé d'acide acétique, surtout s'il masque une caractéristique importante telle que la jonction pavimento-cylindrique. Dans ce dernier cas, l'emploi de

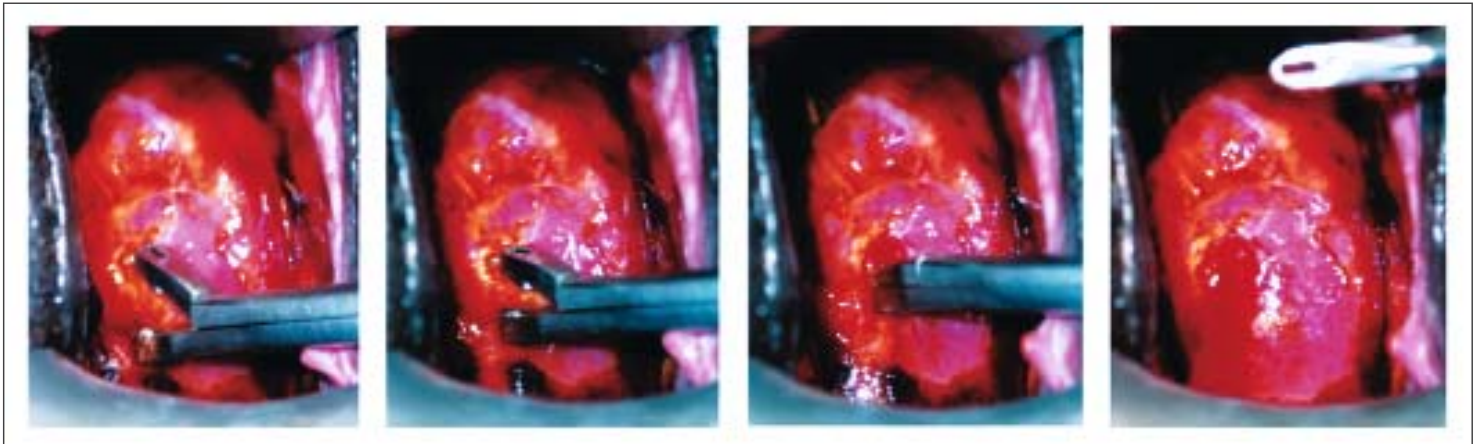


FIGURE 5.2 : Technique de biopsie : Il faut utiliser une pince à biopsie bien dentée et coupante. Appuyer fermement la pince à biopsie sur le col, mâchoires largement ouvertes ; immobiliser la mâchoire inférieure de la pince à biopsie et refermer complètement la mâchoire supérieure d'un coup sec et rapide. Il faut éviter les coupures répétées et les mouvements de rotation de la pince pour ne pas déchieter l'échantillon de tissu. L'échantillon ainsi prélevé doit être immédiatement placé dans le formol. Le site de biopsie peut être cautérisé avec la solution de Monsel

l'écouvillon facilite également l'application de l'acide sur cette région qui se trouve parfois juste à l'intérieur de l'orifice. L'écouvillon permet aussi de faire bouger le col de façon à démasquer certaines régions intéressantes qui, sans cela, seraient restées cachées. Cette étape nécessite de la patience car la réaction de blanchiment à l'acide se développe progressivement en l'espace de 60 secondes pour disparaître parfois aussitôt après. Il peut donc s'avérer nécessaire de répéter l'application d'acide acétique toutes les 2 à 3 minutes pendant la durée de l'examen. Pour ce faire, on pourra, à l'aide d'un écouvillon, utiliser l'acide acétique accumulé dans la partie postérieure du vagin.

Application du soluté de Lugol

L'épithélium normal (originel ou métaplasique mature) contient des stocks de glycogène qui sont à l'origine de la coloration brun acajou ou presque noire qui apparaît lors de l'application d'une solution iodée comme le soluté de Lugol. En revanche, l'épithélium cylindrique qui ne contient pas de glycogène, ne prend pas la coloration à l'iode. Il est iodo-négatif. De la même façon, l'épithélium pavimenteux métaplasique immature, l'épithélium des zones inflammatoires ou en cours de régénérescence, ainsi que la zone de remaniement congénitale, contiennent très peu ou quasiment pas de glycogène, et ne prennent donc pas la coloration à l'iode si ce n'est que très partiellement. Idem pour les condylomes et les zones de remaniement anormales comme les lésions CIN ou le cancer invasif, qui sont iodo-négatives car elles ne contiennent pas de glycogène ou très peu. Le degré de différenciation cellulaire dans une lésion prénéoplasique détermine le

taux de glycogène intracellulaire et détermine par conséquent l'intensité de la coloration observée. On observe ainsi toute une gamme de coloration qui va de la coloration partielle brun acajou au jaune moutarde, et qui reflète l'éventail des lésions CIN, depuis la CIN de bas grade jusqu'à la CIN de haut grade. Généralement, les CIN de haut grade sont celles qui prennent le moins la coloration. Elles apparaissent sous formes de régions jaune moutarde ou safran. Dans ce cas-là, l'application généreuse et répétée du soluté de Lugol entraîne parfois une desquamation de l'épithélium anormal qui laisse alors apparaître le stroma sous-jacent de couleur pâle puisque celui-ci ne contient pas de glycogène.

Pour poser un diagnostic colposcopique, il est important de toujours tenir compte des observations obtenues après l'application de sérum physiologique, d'acide acétique et enfin du soluté de Lugol. Le test de Schiller permet de délimiter clairement les limites d'une lésion avant de procéder à la biopsie ou au traitement de celle-ci. Il permet aussi de déceler la présence de lésions vaginales.

Prélèvement d'une biopsie cervicale si nécessaire

Lorsqu'on détecte une zone de remaniement anormale, il faut l'étudier et la comparer avec d'autres régions du col. S'il existe d'autres zones d'anomalies, le colposcopiste doit alors décider de l'endroit où réaliser la (ou les) biopsie(s). Il est essentiel de faire une ou plusieurs biopsies dans les régions colposcopiquement identifiées comme étant anormales et/ou suspectes. On prélèvera la biopsie à partir de la région de la lésion qui présente les caractéristiques les plus frappantes, et qui se trouve la plus proche de la jonction pavimento-

cylindrique. Ce prélèvement doit toujours être pratiqué sous contrôle colposcopique, en appliquant fermement la pince à biopsie (Figure 4.8), mâchoires largement écartées (Figure 5.2), sur la surface du col à prélever. Le col peut parfois reculer lors de cet acte, mais c'est normal.

Pour réaliser le prélèvement de tissu, la pince à biopsie est dirigée sous contrôle colposcopique vers la région ciblée. Le col tend à se dérober sous la pression, mais il est généralement facile de pincer et d'ôter l'échantillon de tissu si la pince utilisée est suffisamment large et possède des bords coupants bien tranchants, ainsi qu'une ou deux griffes permettant de l'ancrer pendant le prélèvement (Figure 5.2). On peut également s'aider d'une pince de Pozzi pour immobiliser le col pendant le prélèvement. Les mâchoires de la pince sont ensuite refermées, et l'échantillon de tissu ainsi ôté, est directement placé dans le formol. La biopsie doit être prélevée suffisamment en profondeur afin de contenir du stroma, de telle sorte que l'analyse histologique puisse écarter toute possibilité d'invasion. Lorsqu'on coupe l'échantillon tissulaire, il faut le faire de façon rapide et précise en refermant énergiquement les mâchoires de la pince à biopsie pour éviter toute rotation de la pince ou coupure à répétition qui détruiraient le tissu. Cet acte est généralement indolore s'il est pratiqué de manière efficace avec une pince à biopsie suffisamment coupante. L'emploi d'une pince à griffe sera parfois nécessaire pour ancrer la région cible du col s'il s'avère difficile de l'agripper avec la pince à biopsie. Une fois la biopsie réalisée, il est conseillé d'indiquer dans le compte rendu, le site exact de prélèvement de la biopsie en s'aidant d'un diagramme du col. La biopsie qui vient d'être obtenue doit être aussitôt placée dans un récipient étiqueté contenant 10% de formol. Immédiatement après le prélèvement, il est possible de résorber tout saignement en appliquant de la solution de Monsel ou un bâton de nitrate d'argent sur le site de la biopsie.

Application de la solution de Monsel après la biopsie

Il est courant d'assurer l'hémostase en appliquant la solution de Monsel (sulfate de fer) sur le site de la biopsie à l'aide d'un applicateur dont l'embout de coton aura été enduit de cette préparation (confère Annexe 3). La solution de Monsel est l'agent hémostatique le plus fréquemment utilisé lors d'une exérèse ou d'une biopsie cervicale. Elle est très efficace lorsqu'elle est d'une consistance pâteuse semblable à du dentifrice. On

obtient cette texture en exposant la solution de Monsel à l'air libre dans un petit récipient. Avec l'évaporation, la solution s'épaissit. On peut également utiliser un four à micro-ondes. Cette consistance épaisse peut être préservée en gardant la pâte ainsi obtenue dans un récipient fermé et en y ajoutant un petit peu de solution de Monsel lorsqu'elle sèche et devient trop épaisse.

On peut aussi cautériser le site de la biopsie à l'aide d'un bâton de nitrate d'argent. L'action hémostatique de ce produit est bien meilleure s'il est appliqué rapidement dès le début du saignement, pour permettre un contact direct du nitrate d'argent avec le tissu plutôt qu'avec le sang.

Curetage endocervical, si nécessaire

Il existe trois circonstances dans lesquelles on est amené à pratiquer un curetage endocervical (CEC) à l'aide d'une curette endocervicale (Figure 4.7). Tout d'abord, quand l'examen colposcopique de l'exocol n'a révélé aucune anomalie bien que la femme ait été orientée vers une colposcopie à cause d'une cytologie anormale. Dans ce cas, le CEC est indispensable afin d'examiner correctement le canal endocervical à la recherche d'un cancer invasif ou de toute autre lésion qui y seraient cachés. Deuxièmement, si la cytologie de la patiente orientée vers une colposcopie suggère la présence éventuelle d'une lésion glandulaire, on pratiquera un CEC (indépendamment des résultats de l'examen colposcopique). Troisièmement, si la colposcopie s'est avérée déficiente c'est à dire une jonction pavimento cylindrique intériorisée (qu'une lésion du col ait été ou non décelée), un CEC s'impose. Il faut toutefois préciser que le bénéfice d'un CEC entre des mains inexpérimentées est quasiment inexistant dans la mesure où le tissu prélevé est souvent inapproprié. Par conséquent, un CEC négatif ne constitue en aucune façon une preuve catégorique de l'absence de néoplasie dans le canal endocervical.

Dans les trois situations précédentes, et plus particulièrement dans le cas d'une lésion acidophile s'étendant dans le canal, il est parfois prudent d'exciser la lésion par conisation (RAD ou conisation à froid selon les cas ; confère Chapitres 11 et 13). Néanmoins, cette approche met à forte contribution les services d'histopathologie, ce qui n'est pas toujours possible dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne et autres pays en développement qui ne disposent que d'un nombre extrêmement limité de services d'histopathologie, voire pas du tout. Dans de telles

conditions, c'est au colposcopiste qu'il revient de décider ou non de pratiquer un CEC et/ou de faire une biopsie par conisation. Par ailleurs, le CEC étant susceptible d'entraîner des complications pendant la grossesse, il est formellement déconseillé chez la femme enceinte.

Avant d'effectuer le CEC, il faut d'abord sécher le cul de sac vaginal postérieur pour éviter de perdre le tissu cureté dans l'acide acétique qui s'y est accumulé après son application sur le col. Pour réaliser le CEC, le colposcopiste tient la curette comme un stylo et gratte le canal endocervical sur tout son pourtour avec de petits mouvements fermes et linéaires. Durant cet acte, la curette doit rester à l'intérieur du canal, et lors de son extraction, on prendra soin de ne pas la faire pivoter pour ne pas renverser le tissu prélevé contenu dans le panier de la curette. Le matériel tissulaire ainsi obtenu doit ensuite être placé dans un morceau de gaze ou de papier brun avant d'être rapidement plongé dans le formol. Le tissu résiduel peut être retiré du canal à l'aide d'une pince. Afin d'éviter une éventuelle confusion en prélevant par inadvertance une lésion visible sur l'exocol ou en emportant avec la curette le tissu résiduel d'une biopsie de l'exocol au voisinage de l'orifice externe, certains colposcopistes préfèrent d'abord pratiquer le CEC sous contrôle colposcopique avant de prélever la biopsie cervicale.

Examen des parois vaginales, de la vulve, du périnée et des régions périanales

Lors du retrait du spéculum, on examine soigneusement les parois vaginales, ainsi que l'épithélium vulvaire, périnéal et périanal. Pour ce faire, on badigeonne les surfaces concernées avec de l'acide acétique et après une ou deux minutes, on repère et on examine les régions acidophiles qui apparaissent. Même s'il n'existe pas de consensus concernant la nécessité d'un tel examen systématique, il semble cependant raisonnable de le faire compte tenu d'une part, du peu de temps qu'il nécessite, et d'autre part, de la propension du virus HPV à infecter ces régions pour y provoquer des lésions intraépithéliales dont la plupart sont facilement curables.

Examen bimanuel

Certains praticiens conseillent de pratiquer l'examen bimanuel et le toucher rectal avant la colposcopie. D'autres préfèrent les pratiquer après. Enfin, certains jugent qu'ils ne font pas partie du protocole colposcopique clinique normal. S'ils sont pratiqués avant

la colposcopie, l'eau doit être le seul lubrifiant autorisé. En dépit d'avis divergents, l'examen bimanuel et le toucher rectal procurent des renseignements sur l'orientation de l'axe du canal vaginal avant l'insertion du spéculum vaginal. Ils permettent également, lors de la palpation du col, de détecter tout signe de nodularité, de dureté ou de tumeurs, au niveau des ovaires et de l'utérus. La détection d'anomalies, comme un fibrome utérin par exemple, peut parfois influencer sur le choix du meilleur traitement pour la patiente.

Exposé des résultats à la patiente

Après que la patiente se soit rhabillée, on lui expliquera avec tact les résultats de l'examen tout en lui offrant la possibilité de poser des questions. On lui exposera ensuite le programme de prise en charge en insistant bien sur l'importance du suivi, et en discutant de tous les problèmes qui pourraient y faire obstacle.

Compte rendu des résultats

Les résultats de l'examen colposcopique seront consignés à l'aide de formulaires appropriés, classés de façon à être aisément retrouvés.

Si la patiente est enceinte

Lors de la grossesse, on observe une congestion, un épaissement de l'épithélium, l'élargissement et l'ouverture de l'orifice externe, ainsi qu'une éversion. Plus la grossesse est avancée, plus ces modifications sont amplifiées, si bien qu'une colposcopie déficiente en début de grossesse peut devenir tout à fait satisfaisante à un stade plus tardif suite à l'éversion cervicale. Toutefois, l'examen colposcopique chez la femme enceinte se heurte à un certain nombre de difficultés au fur et à mesure que la grossesse avance : les parois vaginales tendent à être plus rebondies et à se relâcher, masquant ainsi la vue sur le col ; la sécrétion de mucus cervical augmente ; l'accroissement de la vascularisation favorise les saignements ; la vascularisation dans le tissu cervical pseudo-décidual fait parfois penser à un cancer invasif ; et la CIN semble être à un stade plus avancé qu'elle ne l'est réellement (à cause de l'augmentation de taille du col, de l'œdème et de la vascularisation). La colposcopie en cours de grossesse exige donc une grande expérience.

Chez la femme enceinte, les étapes de la colposcopie sont les mêmes que celles précédemment décrites, si ce n'est qu'il faut faire particulièrement attention à ne blesser aucun tissu lors du toucher

vaginal ou de l'insertion du spéculum. S'il faut répéter un prélèvement cytologique, celui-ci sera réalisé à l'aide d'une spatule, en appuyant doucement pour éviter les saignements. Certains praticiens préfèrent réaliser ce prélèvement cytologique à la fin de la colposcopie afin d'éviter les saignements qui pourraient masquer le champ d'observation. Mais dans ce cas, le prélèvement risque fort de ne contenir que très peu de cellules, dans la mesure où celles-ci auront été emportées au cours des différentes étapes de l'examen colposcopique lors des applications successives de sérum physiologique, d'acide acétique et de solution de Lugol.

Plus la grossesse est avancée, plus le prélèvement de biopsies cervicales est associé à une probabilité accrue de saignements importants qui peuvent souvent s'avérer difficiles à contrôler. Le risque pris en prélevant une biopsie doit toujours être mis en balance avec le risque de passer à côté d'un cancer invasif précoce. Il faut faire une biopsie de toute lésion suspecte de cancer invasif ou en exciser une grosse partie. Pour ce faire, on utilise des pinces à biopsies bien tranchantes pour éviter de

déchirer le tissu. La biopsie doit toujours être faite sous colposcopie afin de contrôler la profondeur du prélèvement. Pour minimiser le saignement, il faut rapidement appliquer la solution de Monsel ou le nitrate d'argent sur le site de la biopsie, demander à la patiente de rester allongée entre 15 et 30 minutes, et exercer une pression sur le site de biopsie à l'aide d'un tampon ou de tout autre matériel hémostatique. Chez certaines patientes, il sera parfois nécessaire de pratiquer une injection de pitressine dans le col ou de faire quelques points de suture pour arrêter le saignement. Afin de minimiser l'effet dommageable de la solution de Monsel sur les tissus, le matériel hémostatique ne doit pas rester en place plus de quelques heures après l'application de la solution. Chez la femme enceinte, une autre alternative consiste à prélever la biopsie à l'aide d'une anse diathermique. Si la colposcopie n'est pas satisfaisante et que la cytologie suggère un cancer invasif, il faut pratiquer une conisation, idéalement au cours du second trimestre de la grossesse. Quant aux lésions non invasives, elles seront examinées après l'accouchement.