

Chapitre 11

Prise en charge assurant le suivi des femmes

- Quand on diagnostique chez une femme une infection de l'appareil reproducteur, il faut rapidement mettre en œuvre un traitement selon les directives de l'OMS.
- Bien qu'il soit parfois préférable d'attendre la confirmation du diagnostic de CIN avant de proposer un traitement, dans de nombreux pays aux ressources limitées, le traitement pourra être proposé dès la première consultation colposcopique d'après les résultats de celle-ci, afin de maximiser la couverture du traitement.
- La prise en charge clinique des patientes présentant des lésions de type CIN 1 peut se faire de deux façons : (a) traitement immédiat ou (b) suivi de la patiente et traitement ultérieur si la lésion persiste ou évolue au bout de 18 à 24 mois.
- Toutes les patientes présentant des lésions de type CIN 2 et 3 doivent être traitées par cryothérapie ou RAD.
- Les femmes chez lesquelles on a diagnostiqué un cancer invasif doivent être rapidement orientées vers un traitement.
- Les femmes chez lesquelles on a diagnostiqué une CIN de haut grade pendant la grossesse pourront être réexaminées après la 28^{ième} semaine de grossesse. Si la maladie n'évolue pas, la patiente sera revue 2 à 3 mois après l'accouchement pour faire une biopsie afin d'établir un diagnostic définitif et mettre en place un traitement approprié des lésions.
- Les femmes soignées pour une CIN doivent être réexaminées 9 à 12 mois après le traitement.

C'est au colposcopiste que revient l'organisation de la prise en charge médicale d'une femme après son premier examen colposcopique. Il est toujours préférable de faire participer la patiente au processus décisionnel. La prise en charge dépend généralement du diagnostic final une fois que les résultats colposcopiques ont été intégrés au compte rendu du pathologiste. Si la patiente est enceinte, la prise en charge sera organisée différemment. Dans tous les cas, sa planification doit être explicitement précisée dans le compte rendu médical et clairement exposée à la patiente le plus tôt possible. Dans l'idéal, le colposcopiste devra disposer des compte rendus de la pathologie (biopsie, curetage endocervical (CEC),

échantillon prélevé par résection à l'anse diathermique (RAD), cytologie) dans les trois semaines suivant la colposcopie. La cryothérapie ou la RAD sont les deux formes de traitement dont nous discuterons dans cet ouvrage (confère Chapitres 12 et 13). Nous tenons cependant à préciser qu'il existe pour chacune des indications bien spécifiques quant à leur emploi et qu'elles doivent être utilisées uniquement quand les patientes remplissent tous les critères spécifiques à l'une ou l'autre de ces thérapies. La Figure 11.1 propose un schéma général de prise en charge susceptible d'être adapté dans des milieux aux ressources limitées.

Habituellement, il est préférable d'avoir un

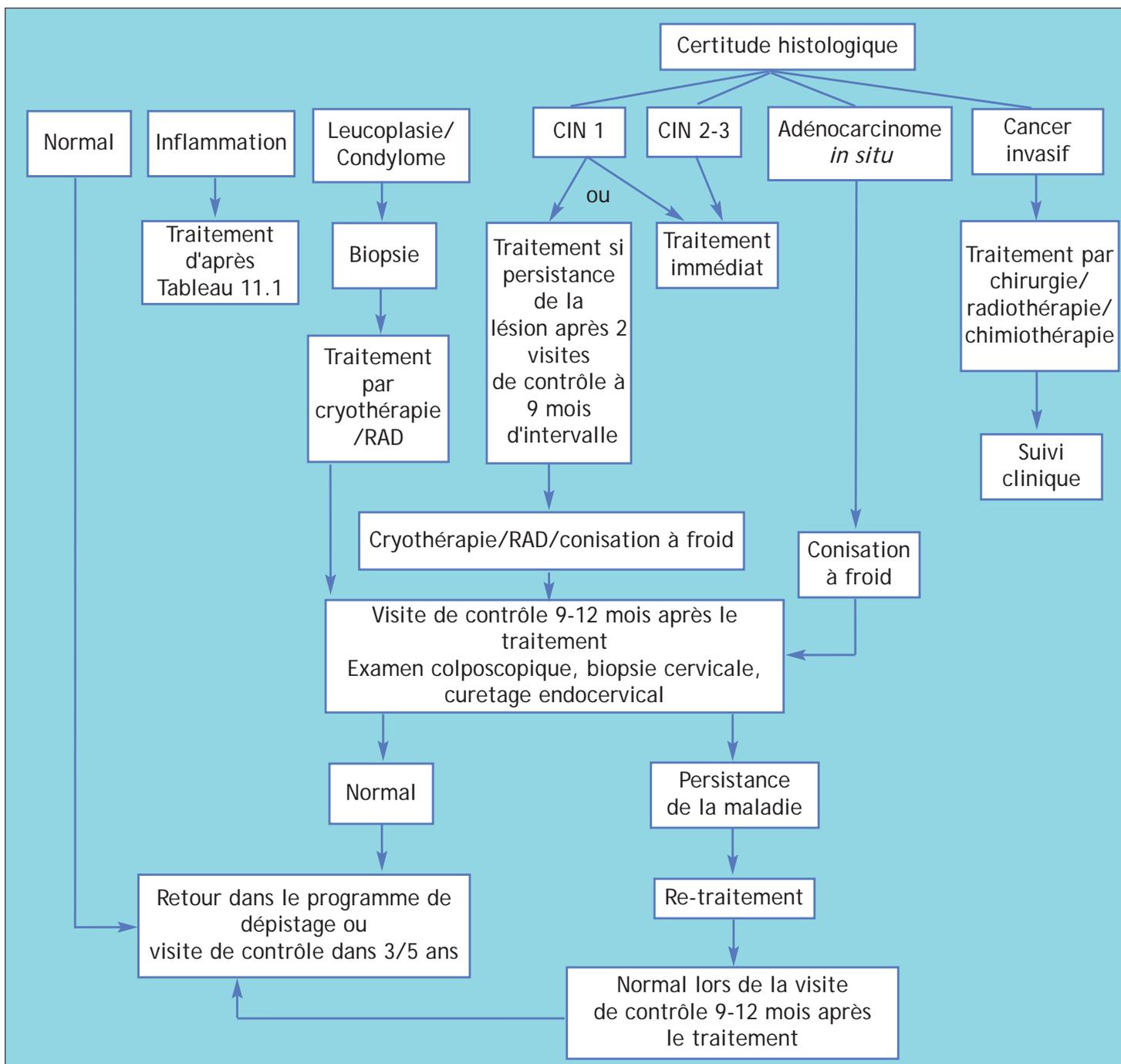


FIGURE 11.1 : Organigramme décisionnel concernant la prise en charge des cas de néoplasie cervicale et autres affections, dans les milieux aux conditions de ressource limitées. (CIN-néoplasie cervicale intraépithéliale ; RAD-réséction à l'anse diathermique)

diagnostic ferme de néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) avant de décider d'une prise en charge et de proposer un quelconque traitement. Cependant, il existe parfois des exceptions à cette règle. Ainsi, dans certains milieux, notamment dans les pays en développement, les femmes se verront offrir un traitement dès la première consultation colposcopique d'après les résultats de celle-ci, afin de maximiser la couverture du traitement (sinon les patientes perdues en cours de suivi ne recevront aucun traitement). Si l'on décide d'un traitement par cryothérapie, on pourra être amené à faire une biopsie

dirigée (ou des biopsies) avant l'intervention dans la mesure où la cryothérapie ne fournit aucune pièce opératoire pour l'analyse histologique. Un échantillon tissulaire prélevé avant toute thérapie destructrice permettra ainsi de confirmer la nature histologique de la lésion traitée a posteriori. Les colposcopistes expérimentés pourront également mettre à profit cette approche pour maximiser la couverture du traitement et réduire le nombre de consultations. Cependant, cette approche peut être à l'origine d'un traitement excessif dont on ne connaît toujours pas exactement les implications à long terme, même s'il est reconnu

Tableau 11.1 : Traitement des infections de l'appareil reproducteur

| Infection de l'appareil reproducteur | Directives de traitement | |
|--|--|---|
| | Femmes n'étant pas enceintes | Femmes enceintes |
| <i>T. vaginalis</i> (Trichomoniose) | Métronidazole 400 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Tinidazole 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Métronidazole 2 g <u>ou</u> Tinidazole 2g, une seule prise orale. | 1 ^{er} trimestre : application locale intravaginale d'un gel ou ovules de Métronidazole à 0.75%, 5 g, 2 fois par jour, pendant 7 jours ; 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestres : même traitement que les femmes qui ne sont pas enceintes. |
| Candidose | Application locale intravaginale quotidienne de Clotrimazole <u>ou</u> de Miconazole, 200 mg, pendant 3 jours <u>ou</u> Fluconazole, 150 mg, une seule prise orale. | Application locale intravaginale quotidienne de Clotrimazole <u>ou</u> de Miconazole, 200 mg, pendant 3 jours. |
| Vaginite bactérienne | Métronidazole 400 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours. | Application locale intravaginale d'un gel de Métronidazole, 0.75%, 5 g, 2 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Clindamycine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours. |
| Infection à Chlamydia | Doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Azithromycine, 1 g, une seule prise orale. | Erythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Amoxicilline, 500 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours. |
| Infection à Gonocoques | Ciprofloxacine, 500 mg, <u>ou</u> Azithromycine 2 g, une seule prise orale. | Céfixime, 200 mg, une seule prise orale <u>ou</u> une seule injection intramusculaire de Ceftriaxone, 125 mg. |
| Syphilis | Pénicilline benzathine, une seule injection intramusculaire de 2,4 millions UI ; pour les patientes allergiques à la pénicilline, Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 15 jours | Pénicilline benzathine, une seule injection intramusculaire de 2,4 millions UI ; pour les patientes allergiques à la pénicilline, Erythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 15 jours. |
| Lymphogranulomatose vénérienne | Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours <u>ou</u> Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours. | Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours. |
| Chancre mon | Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 3 jours <u>ou</u> Erythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Azithromycine, 1 g, une seule prise orale. | Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours. |
| Granulome inguinal | Azithromycine, 1 g, une seule prise orale <u>ou</u> Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours. | Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours. |
| Herpès génital | Acyclovir, 400 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours <u>ou</u> Famciclovir, 250 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours. | - |
| Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) | Ceftriaxone, 250 mg, en une seule injection intramusculaire, plus, Doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours <u>ou</u> Céfixime, 800 mg en une seule prise orale, plus, Doxycycline comme ci-dessus <u>ou</u> Ciprofloxacine, 500 mg en une seule prise orale, plus, Doxycycline comme ci-dessus. | Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours. |

que des méthodes thérapeutiques telles que la cryothérapie ou la RAD sont sans danger et n'entraînent vraisemblablement aucune complication et séquelle à long terme. D'un autre côté, il est probable qu'un excès de traitement puisse prévenir dans une certaine mesure le développement ultérieur d'une CIN, puisque la destruction concerne la zone de remaniement à partir de laquelle se développent la grande majorité de ces lésions.

Retombées à l'issue du diagnostic colposcopique

Colposcopie normale

Chez la plupart des femmes présentant un col normal, l'utilisation d'un colposcope assure un examen tout à fait satisfaisant du col. Si la jonction pavimento-cylindrique est visible et s'il n'existe aucun signe colposcopique évident de CIN ou de cancer invasif, la femme peut partir et reprendre part au programme de dépistage, s'il existe dans la région (ce qui n'est pas le cas dans de nombreux pays en développement!). Sinon, on lui conseillera de répéter cet examen de dépistage tous les trois à cinq ans.

Infection de l'appareil reproducteur

Lorsqu'on diagnostique chez une femme une infection de l'appareil reproducteur, il faut rapidement mettre en œuvre un traitement selon les directives de l'OMS (WHO, 2001). Le Tableau 11.1 précise les directives de traitement pour les femmes enceintes ou non, chez lesquelles on a diagnostiqué une infection de l'appareil reproducteur. Ainsi, le traitement oral par métronidazole est déconseillé pendant le premier trimestre de la grossesse. En revanche, il est sans danger au cours des deuxième et troisième trimestres. Les patientes devront cependant être mises en garde contre la consommation d'alcool pendant toute la durée du traitement et 24 heures après la dernière prise. En cas de syphilis avancée, il sera parfois nécessaire de prolonger le traitement antibiotique. Concernant l'herpès génital, il n'existe aucun traitement curatif connu, mais l'évolution des symptômes peut être contrecarrée si l'on entreprend une thérapie systémique avec l'acyclovir ou ses analogues.

Leucoplasie (hyperkératose)

En cas de leucoplasie, il faut faire une biopsie destinée à l'analyse histopathologique afin d'éliminer avec certitude toute éventualité de néoplasie cervicale sous-jacente.

Tableau 11.2 : Circonstances dans lesquelles la conisation à froid est indiquée

- La lésion s'étend dans le canal endocervical rendant impossible la confirmation de son étendue exacte.
- La lésion s'étend dans le canal et son extrémité la plus distale sort des limites de la capacité d'exérèse par RAD (profondeur maximale d'excision de 1.5 cm).
- La lésion s'étend dans le canal et son extrémité la plus distale sort des limites de la capacité d'excision du colposcopiste.
- La cytologie anormale à plusieurs reprises suggère une néoplasie, bien qu'il n'y ait pas d'anomalies colposcopiques correspondantes sur le col ou sur le vagin à partir desquelles prélever une biopsie.
- La cytologie suggère une lésion plus grave que celle qui a été observée et confirmée par la biopsie.
- La cytologie met en évidence des cellules glandulaires atypiques qui suggèrent une éventuelle dysplasie glandulaire ou un adénocarcinome.
- La colposcopie suggère l'éventualité d'une dysplasie glandulaire ou d'un adénocarcinome.
- Le curetage endocervical met en évidence une histologie anormale.

Condylome

Il faut faire une biopsie du condylome pour confirmation du diagnostic et traiter les lésions exophytiques localisées de l'exocol par destruction (cryothérapie, électrofulguration) ou exérèse si le condylome est très étendu ou pénètre dans le canal endocervical (RAD).

CIN 1

Il existe deux façons d'assurer la prise en charge clinique d'une patiente présentant une CIN 1 : soit (a) la lésion est immédiatement traitée, soit (b) le suivi de la patiente est assuré aussi bien du point de vue cytoplogique que colposcopique ; et la lésion est traitée si elle persiste ou si elle évolue au bout de 18 à 24 mois ; si elle régresse, la patiente est parfois dispensée d'examen colposcopique. Dans le contexte d'un pays en développement, on penche parfois en faveur du traitement systématique de telles lésions car beaucoup de patientes ne se font pas suivre régulièrement. Lorsqu'on choisit de traiter la patiente par cryothérapie ou RAD, il faut prévoir une visite de contrôle au moins 9 à 12 mois après le traitement (confère Chapitres 12 et 13). En effet, après cryothérapie ou RAD, la cicatrisation est nettement visible pendant trois à quatre semaines, et durant les trois mois qui suivent, on continuera d'observer des caractéristiques cytoplogiques et colposcopiques spécifiques aux processus de cicatrisation et de régénération des tissus. Si lors de la visite de contrôle, on ne constate aucune persistance de la maladie, la patiente pourra être dispensée d'examen colposcopique. On l'encouragera toutefois à participer au programme de dépistage, s'il existe sur la région. Sinon, on lui conseillera de prévoir un examen de dépistage dans trois ou cinq ans. En revanche, si lors de la visite de contrôle on constate la persistance de la maladie, il faut entreprendre des examens appropriés ainsi qu'un nouveau traitement adéquat par cryothérapie, RAD ou conisation à froid

CIN 2-3

Les lésions de haut grade (CIN 2 ou CIN 3) doivent être traitées par cryothérapie ou RAD. La patiente doit suivre à la lettre les protocoles de prise en charge et prendre rendez-vous pour une visite de contrôle 9 à 12 mois après le traitement (confère Chapitres 12 et 13). Elle sera par la suite dispensée d'examen colposcopique si la visite de contrôle ne met en évidence aucun signe

colposcopique ou cytoplogique de persistance de la maladie. On lui conseillera alors de reprendre part au programme de dépistage, s'il existe sur la région, ou de se faire suivre tous les trois à cinq ans. Bien entendu, si la maladie persiste, la patiente devra subir un traitement approprié.

Quand une femme a été traitée par RAD pour une CIN (quel qu'en soit le grade), et que le compte rendu du pathologiste indique que la resection a été faite au contact direct de la lésion au niveau de l'exocol ou de l'endocol, elle devra être réexaminée avec soin lors des trois prochaines visites de contrôle à 3, 9 et 15 mois, comportant chacune, si possible, un examen cytoplogique et une colposcopie, avec une attention toute particulière portée au canal endocervical. Il faut agir avec une extrême prudence dès lors que la resection n'a pas été fait en zone saine. Si, lors de ces visites de contrôle, on constate la persistance d'une lésion, la patiente devra subir un nouveau traitement approprié et bénéficier d'un suivi régulier. En effet, lorsque la cytologie, le CEC ou la colposcopie confirment la persistance d'une lésion, on pourra pratiquer une RAD, si bien entendu les contours de la lésion sont visibles et entrent dans les limites de la capacité d'excision par cette technique. Sinon, on procédera à une conisation à froid afin de s'assurer de l'élimination complète de la lésion. En revanche, si la patiente ne présente aucun signe de persistance de la maladie au cours des trois visites de contrôle, elle pourra reprendre part à un programme de dépistage, ou se faire examiner tous les trois ou cinq ans.

Cancer invasif

Un diagnostic de carcinome épidermoïde invasif ou d'adénocarcinome exige l'orientation de la patiente vers un traitement de référence tel que la chirurgie et/ou la radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie.

Patientes nécessitant des examens diagnostiques plus poussés

Certains cas décelés en colposcopie, ou en cytologie, requièrent des examens supplémentaires plus poussés avant d'entreprendre tout traitement. Le procédé de conisation à froid constitue le pivot de ces examens. Le Tableau 11.2 présente les circonstances dans lesquelles une biopsie par conisation est indiquée. Si la lésion CIN plonge profondément dans le canal endocervical (c'est à dire plus de 1.5 cm) ou si sa limite supérieure n'est pas visible, il est conseillé de pratiquer une conisation à froid. Pour les patientes dont le compte rendu

cytologique signale une anomalie suggérant une éventuelle dysplasie glandulaire, il faut faire un CEC en complément à l'examen colposcopique. Si le CEC ne révèle aucun signe de lésion glandulaire (alors que la cytologie l'indique), une conisation à froid peut être indiquée. Pour les patientes dont la cytologie suggère un adénocarcinome ou pour lesquelles il existe des signes histologiques de dysplasie glandulaire ou d'adénocarcinome, la conisation à froid est vivement recommandée afin d'évaluer précisément l'étendue et la gravité de la maladie. Si l'on détecte un adénocarcinome, le traitement doit être mis en œuvre dès que possible.

Femmes enceintes

La consultation prénatale représente parfois pour une femme enceinte sa première occasion de dépistage du cancer du col. Dans ce cas, si le frottis cervical révèle une anomalie cytologique, très souvent, la patiente sera orientée vers une colposcopie avant le milieu de sa grossesse. Les différents scénarios et les recommandations habituelles concernant la prise en charge de chacune de ces patientes font l'objet de la discussion ci-dessous.

Les colposcopistes doivent garder présent à l'esprit que les lésions observées sur le col d'une femme enceinte peuvent devenir plus petites après l'accouchement à cause du rétrécissement du col. Après l'accouchement, les lésions tendent à migrer vers l'orifice externe à cause de l'inversion (le contraire de l'éversion) de l'épithélium cervical. Une lésion peut donc apparaître plus petite après

l'accouchement et être située plutôt dans le canal que sur l'exocol.

Au cours de la grossesse, on considère qu'il est préférable d'organiser la prise en charge en s'appuyant sur le diagnostic colposcopique de CIN sans confirmation par biopsie. Toutefois, s'il y a le moindre doute qu'il puisse s'agir d'un cancer invasif, il ne faut pas hésiter à faire une biopsie. Dans la mesure ou l'orientation vers un diagnostic colposcopique intervient généralement vers le milieu de la grossesse, la patiente chez laquelle on soupçonne une CIN de haut grade pourra être réexaminée autour de la 28^{ième} semaine de grossesse. Si au cours des visites de contrôle, les diagnostics cytologiques et colposcopiques pratiqués systématiquement, révèlent une évolution des anomalies vers des stades plus sévères, il faudra faire une biopsie dirigée. En revanche, si la maladie n'évolue pas, on reverra la patiente deux à trois mois après l'accouchement pour établir le diagnostic définitif à l'aide d'une biopsie et offrir un traitement approprié de la(des) lésion(s). Les différents schémas de prise en charge des femmes, lors du suivi post natal, dépendent du diagnostic définitif, et sont similaires à ceux décrits pour les femmes qui ne sont pas enceintes.

Lorsqu'une CIN ou une microinvasion sont confirmées, il est cependant possible d'autoriser un accouchement par les voies naturelles. On planifiera un réexamen définitif et un traitement, 8 à 12 semaines après l'accouchement. En effet, le col doit être totalement involué et/ou cicatrisé avant de procéder à un nouvel examen colposcopique.