



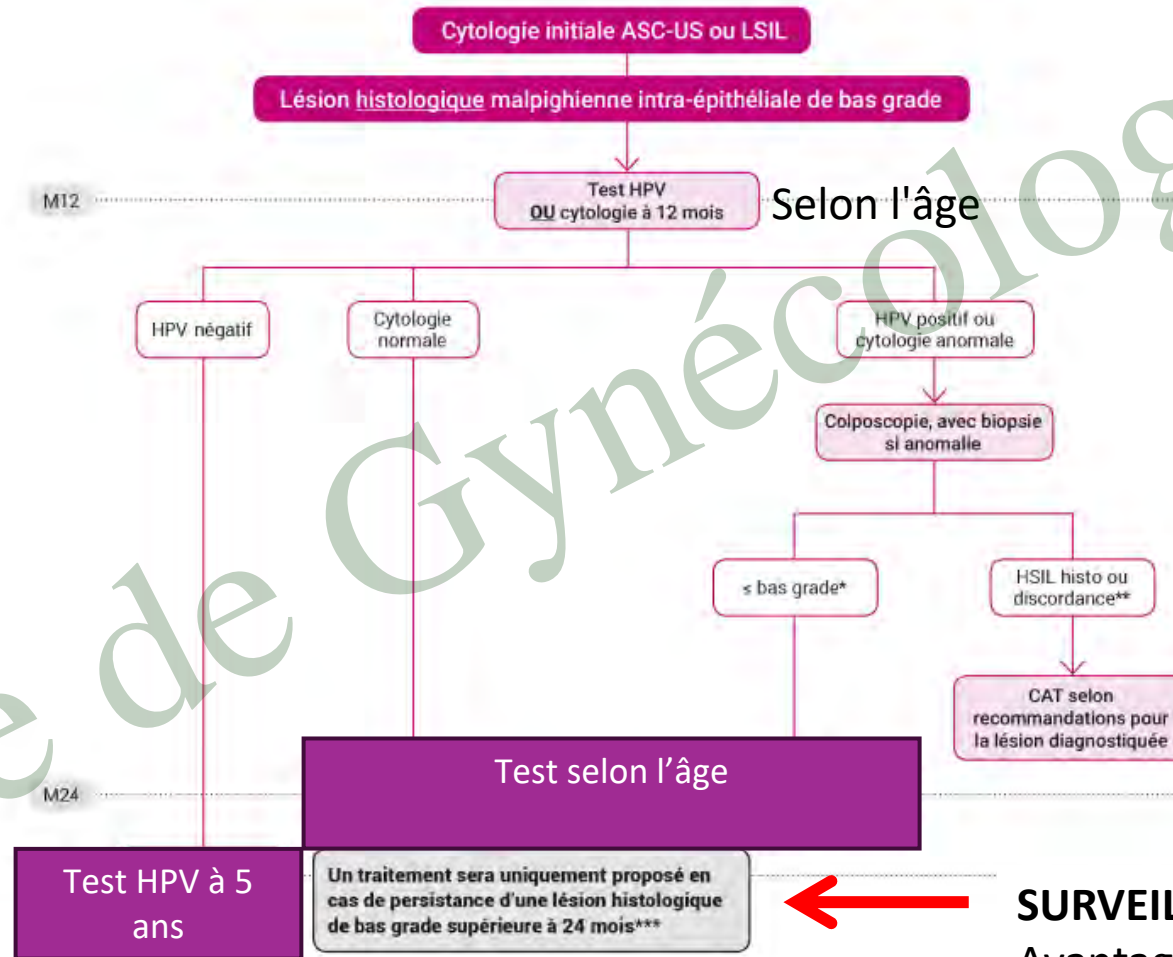
# Lésions cervicales : et après ?

Dr Carina Rua Gynécologue Obstétricien

Dr Claire Proust Gynécologue Médicale

Collège de Gynécologie

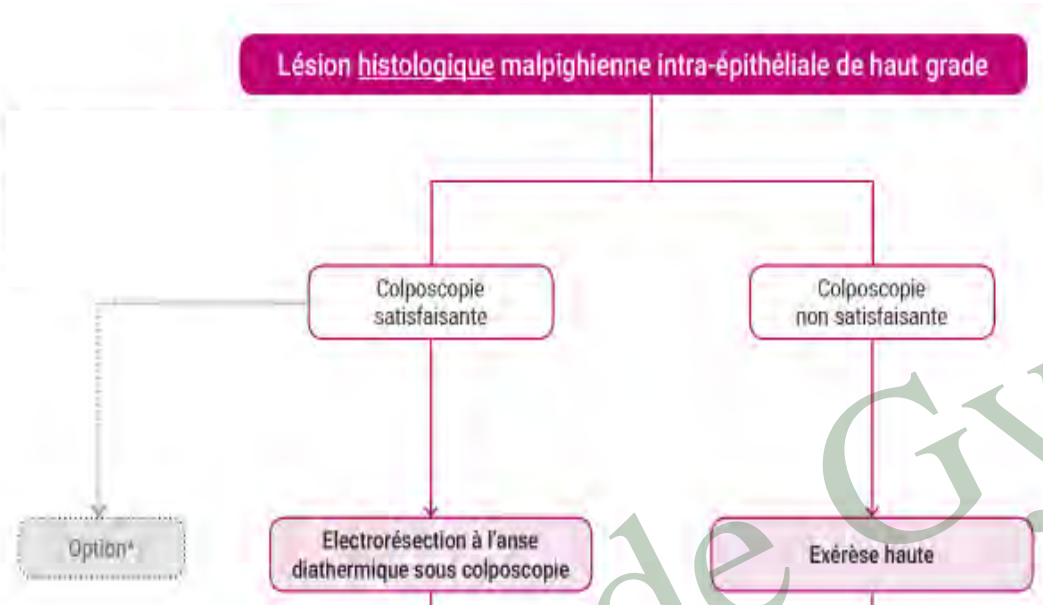
# Lésion de bas grade



Quand ça concorde  
-> Surveillance

**SURVEILLANCE ++++++**  
Avantages

## Lésion de haut grade CIN 2+

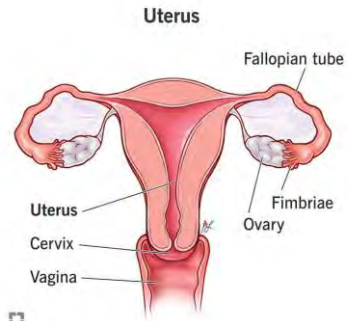


Hystérectomie non recommandée en 1<sup>re</sup> intention

Risque de récurrence vaginale après hystérectomie = risque de récurrence après conisation en marge saine (≈ 4 et 7 %)

Place dans les recommandations pour la surveillance

< 30 ans, petite lésion, accessible



Cleveland  
Clinic  
©2021

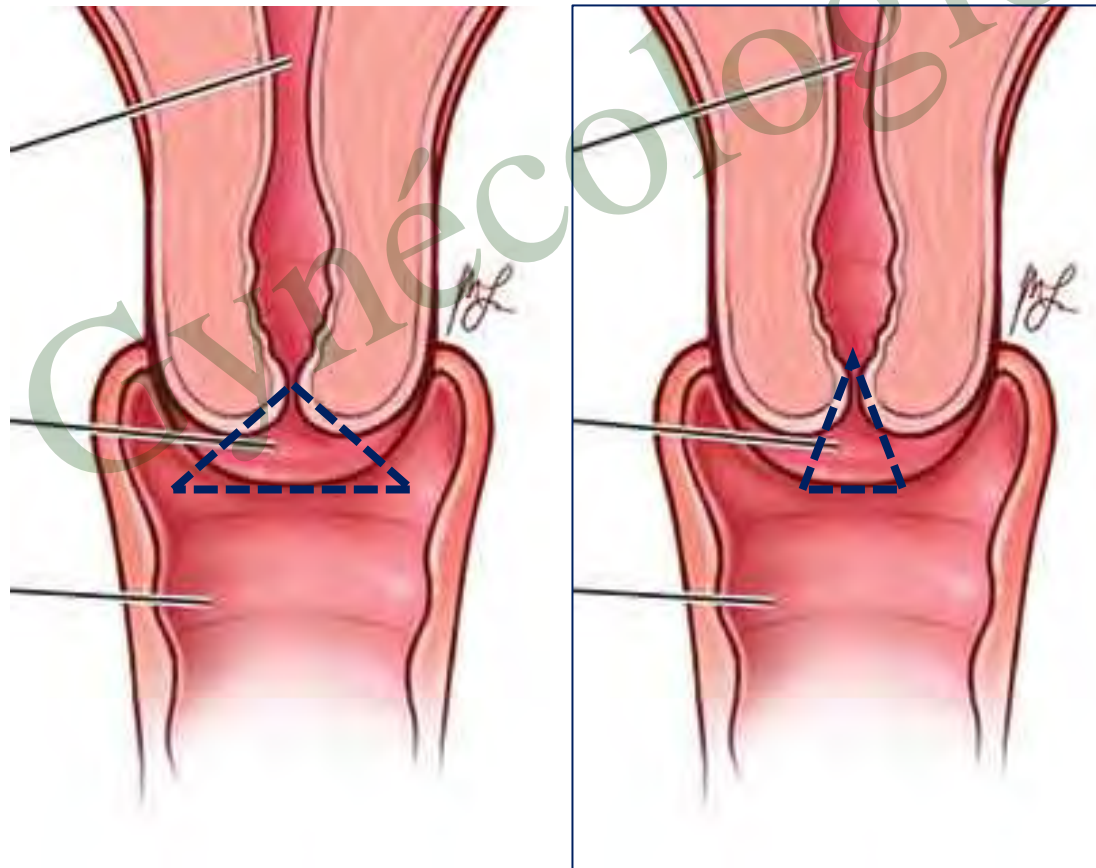
## La conisation à l'anse diathermique



Geste fréquent  
Ambulatoire  
AG, Rachi anesthésie et AL  
Arrêt de 48 h à 1 semaine  
Ok DIU

Risques

- Métrorragies
- « Chute escarre »
- Obstétricales



College de Gynécologie

## Complications obstétricales ?

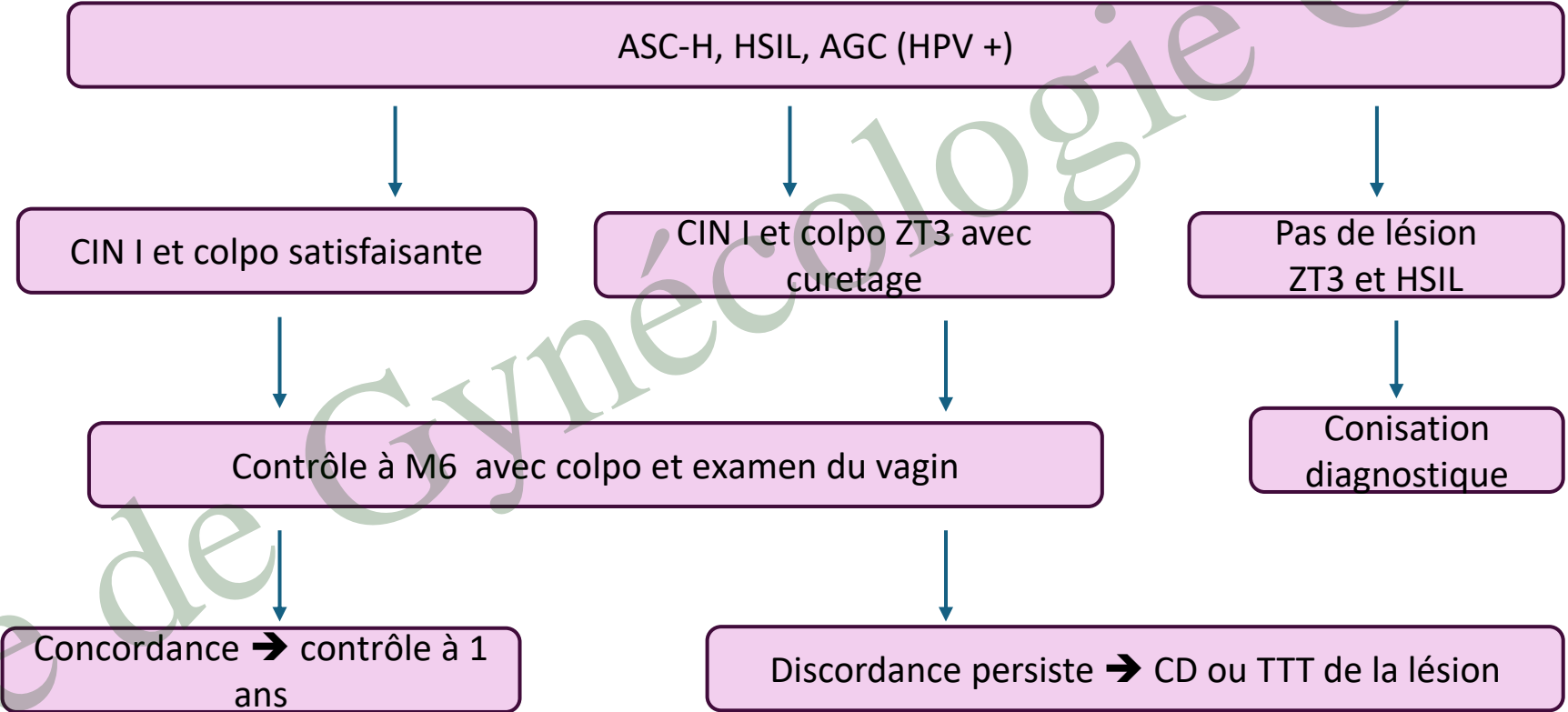
- Littératures très variées
- Risques obstétricaux variés : AP, MAP, RPM, dystocie ...
- Dépend de :
  - la technique utilisée
  - hauteur et/ou volume de la conisation
  - Délai ?
- RR entre 1,5 et 3 % dans la plupart des articles
- Biais dû aux facteurs de risques communs : tabac, vaginose ...
- Pas de retentissement sur la fécondité

⇒ Intérêt du geste sous contrôle colposcopique

⇒ On ne traite que les lésion CIN II + pour leur potentiel évolutif

# Place de la conisation diagnostique ?

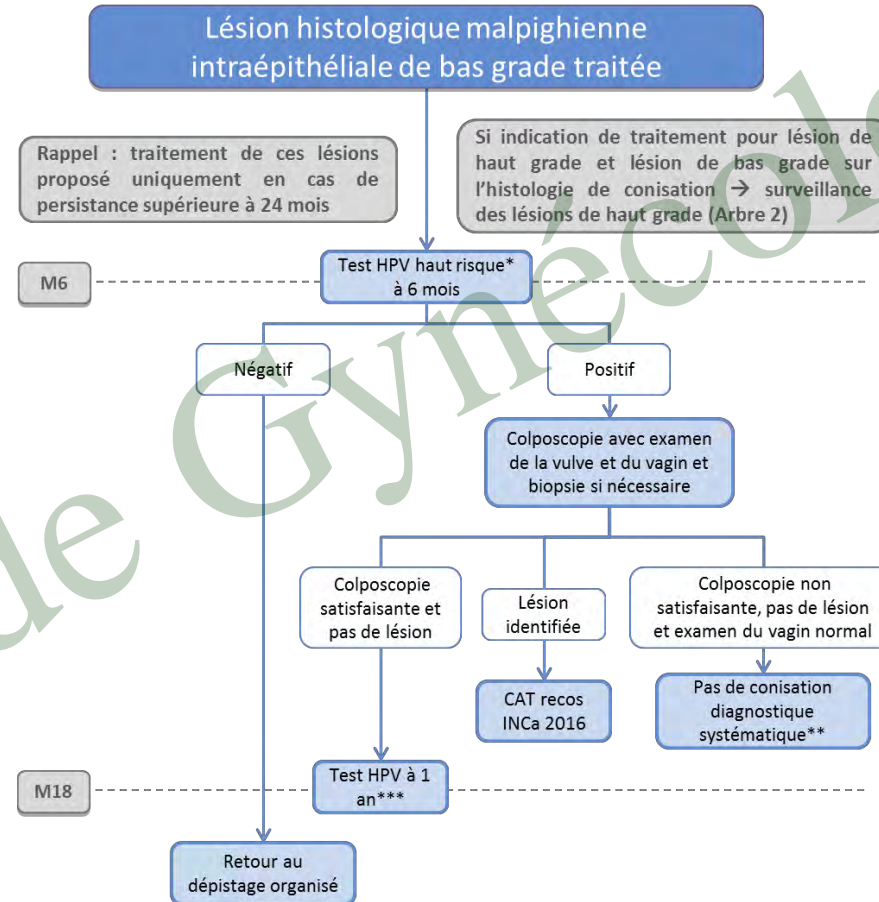
Discordance  
HG



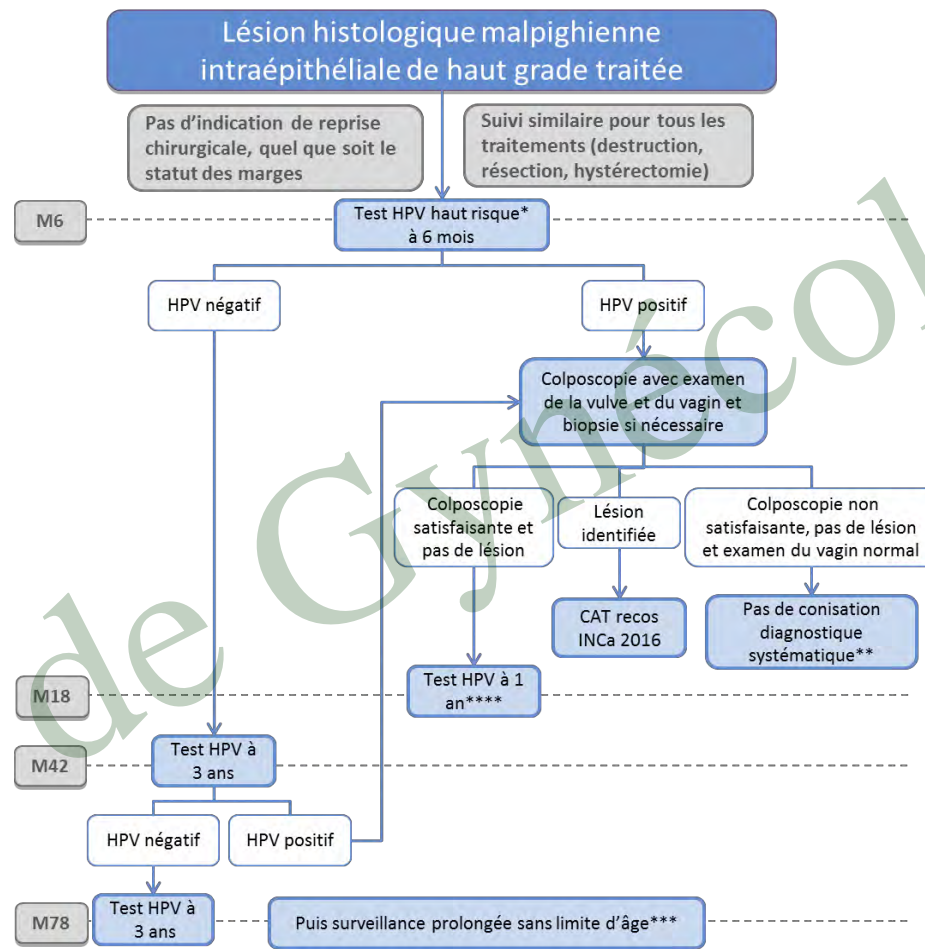
Collège de Gynécologie

# Place du test HPV dans le suivi post-conisation

(d'après les recommandations de l'INCa 2019)



# Place du test HPV dans le suivi post-conisation



- Pas d'argument pour recommander systématiquement un examen anal ou ORL
- Les données actuelles ne permettent pas de proposer une attitude différente en fonction du/des génotype/s détecté/s
- Les données actuelles ne permettent pas de recommander l'utilisation de l'autoprélèvement
- Les données actuelles ne permettent pas de proposer une attitude différente chez les femmes vaccinées contre l'HPV.

# Place du test HPV dans le suivi post-conisation

Adénocarcinome *in situ* traité (hystérectomie)

Surveillance similaire à celle d'une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (Arbre 2)

Collège de Gynécologie CVL

# HPV dans le suivi post traitement : INCA 2019

Thésaurus - Surveillance post-thérapeutique des lésions précancéreuses du col de l'utérus



## Collection

Recommandations et référentiels / Recommandations de pratique clinique

Date de publication octobre 2019

TÉLÉCHARGER ↓

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-gynecologiques>

## Quel suivi ?

- Nouvelles recommandations pour le suivi : Test HPV à 6mois  
Sensibilité et VPN très élevée  
Si positif → COLPOSCOPIE systématique
- Ça concerne 20 – 30 % des patientes (préparer les patientes +++)
- Attention aux perdues de vues +++

## Pourquoi le suivi ?

- Risque de CIN II+ estimé entre 6 et 7 % si marge saine, plus élevé sinon, pas de reprise
- Les patientes traitées pour une lésion de HAUT GRADE ont un risque jusqu'à 3 fois plus élevé de faire une récurrence invasive
  - Persiste même en cas d'hystérectomie
  - Persiste pendant 20 ans
  - Existe aussi sur le vagin, vulve, anus
  - Plus élevé > 50 ans

## Conclusion

- Importance d'un suivi adapté
  - Si bas grade initial : retour dans le dépistage organisé
  - Si CIN 2+ : tous les 3 ans
- **Prolongé, sans limite d'âge pour les CIN2+**
- Pas de perdue de vue
- **Information+++**
- Eviter le surdiagnostique et le surtraitement
  - Conséquences psychologiques
  - Difficultés de surveillance