

La zone de transformation normale et ses variantes

R. Barrasso
CHU Bichat, Paris

La terminologie colposcopique distingue une zone de transformation normale et une atypique.

Si la zone de transformation normale correspond forcément à un col histologiquement normal, la zone de transformation atypique n'est pas synonyme de lésion : la biopsie peut montrer un CIN mais aussi une métaplasie.

L'origine de ce manque de spécificité est à rechercher dans la dynamique même du processus métaplasique. Nous connaissons en fait deux mécanismes de cette dernière, dont un seul nous pose problème.

La métaplasie " périphérique " ou " mécanique " consiste en un remplacement du tissu cylindrique par le tissu malpighien qui l'entoure. Ce phénomène est rapide et homogène. Le tissu malpighien avance sur un front unique et sa maturation est rapide. Les conséquences colposcopiques sont une parfaite détection de la jonction squamo-cylindrique, l'absence de réaction de la métaplasie au test à l'acide acétique ainsi que sa positivité au Lugol. La conclusion colposcopique de zone de transformation normale est donc aisée et la correspondance colpo-histologique très fiable.

Il existe un autre type de métaplasie dite " in situ ". Les cellules de remplacement prennent leur origine au-dessus des cellules cylindriques, à partir de cellules de réserve. Le remplacement se fait donc par voie verticale, alors que la métaplasie mécanique remplace le tissu cylindrique par voie horizontale. La métaplasie in situ est plus lente et peut démarrer à plusieurs endroits en même temps ou à des moments différents et ceci même en plein milieu du tissu cylindrique. Ces caractères provoquent la détection colposcopique du tissu immature par son acidophilie et sa négativité au test de Schiller. Colposcopiquement, ces images seront donc parfois classées en tant que zone de transformation atypique, alors que le tissu est histologiquement normal. En outre, la métaplasie pouvant démarrer en plusieurs points en même temps ou même à des moments différents, la ligne étroite de la jonction que l'on observe bien dans la métaplasie mécanique est ici absente. Il s'agit plutôt d'une zone jonctionnelle, où les tissus cylindrique et malpighien, sont souvent mélangés. Voici donc un piège pour le colposcopiste qui ne peut toujours distinguer l'acidophilie d'une métaplasie immature de celle d'une lésion intraépithéliale.

La zone de transformation atypique de Grade I représente le deuxième piège pour le colposcopiste. Il s'agit là en fait d'un recouvrement dystrophique de l'épithélium cylindrique ; l'épithélium malpighien n'est pas atypique mais simplement quasi mature : il est normal en tous points, sauf en ce qui concerne le dernier stade de la maturation, c'est-à-dire la recharge en glycogène. Histologiquement donc, aucune atypie, mais colposcopiquement souvent une faible acidophilie (due à une discrète parakératose de surface) ainsi qu'une négativité au test de Schiller (absence de glycogène). Ce deuxième piège, très fréquent chez les femmes entre 25 et 40 ans, représente une bonne partie des faux positifs colposcopiques. Ici, le test de Schiller peut nous venir en aide : les quelques lésions intraépithéliales détectées à la biopsie sur des Grade I, sont quasi systématiquement iodo irrégulières, l'irrégularité de captation du Lugol traduisant la koïlocytose focale.

En conclusion, deux situations sont particulièrement responsables des faux positifs colposcopiques : la métaplasie immature et la métaplasie quasi mature connue en France comme zone de transformation atypique de Grade I. Seule la biopsie permet un diagnostic différentiel entre métaplasie et dysplasie mais une analyse colposcopique attentive peut permettre souvent, surtout grâce au test de Schiller, une prédiction histologique.