

Lésions récidivantes, quelle attitude ?

C. QUEREUX

Liée au virus HPV contre lequel il n'y a pas de traitement, la pathologie génitale viro-induite est notoirement récidivante. Notre attitude dépend alors d'un certain nombre de paramètres :

- lieu de la lésion (col, vagin, vulve et anus)
- multifocalité éventuelle
- degré de gravité de la récurrence (virose, bas grade, haut grade)
- statut immunitaire (HIV, grossesse, insuffisance rénale)
- et sûrement aussi de la patiente et de son conjoint.

■ **AU NIVEAU CERVICAL**

** Après traitement d'un CIN de haut grade, la récurrence est rare, de moins de 5 % :*

- elle est possible la première année, souvent réaction d'un traitement insuffisant ou d'un passage non in sano (25 % de risque de récurrence)
- elle est possible au plus long cours, justification d'un suivi désormais annuel, parfois sous la même forme mais souvent sous une forme plus mineure. L'idée qui domine et justifie notre vigilance est dans **l'existence de cancers invasifs** due dans un quart des cas à une nouvelle lésion et dans la moitié des cas à une lésion insuffisamment éradiquée.

** Après bas grade, le taux de récurrence est de 3 à 25 %.* L'importance de ce phénomène est un argument pour ne pas traiter ce type de lésions. La forme observée est parfois plus sévère, ce qui est sans doute liée à l'existence méconnue de la lésion qui n'a pas été suffisamment prise en charge ; des cancers invasifs sont également décrits après traitement de CIN1.

** Que faire ?*

- Le plus souvent "à l'identique" ; l'intervention pratiquée a été une ERAD, assez économique en tissu cervical ; elle n'empêche pas une deuxième intervention dont le déroulement sera adapté à la hauteur de la récurrence dans l'endocol : ERAD ou conisation. Les lésions de CIN bas grade ou de haut grade très localisées peuvent être traitées par vaporisation. Il faut prévenir les patientes que ce traitement ne met pas à l'abri d'une récurrence ultérieure.

- En cas de multi-récurrence, il faut bien sûr revoir chacun des autres sites possibles : vagin, anus et sans doute regarder du côté du conjoint mais ceci reste habituellement négatif. Il peut également être souhaitable de vérifier l'immunité, pour mieux comprendre : sérologie HIV mais aussi CD4 et 8.

** Quelle place à ... ?*

- **L'hystérectomie** : ce sont souvent les patientes qui lassées ou désespérées réclament cette sanction. Elle ne met pas à l'abri d'une récurrence ... sur le fond vaginal ou ailleurs. Les patientes doivent en être prévenues.

- **L'abstention** : quand la récurrence se fait sur un mode bas grade ou quand il existe un statut dysimmunitaire ou de multirécurrences, elle peut se justifier sous couvert d'un suivi bi-annuel vérifiant l'absence d'évolution majeure.

- **L'utilisation du préservatif** : l'histoire naturelle des récurrences cervicales ne semble pas passer par le partenaire. Il est par ailleurs utopique d'exiger au très long cours et sans faille le recours à un préservatif qui ne contribue pas à dédramatiser le contexte MST.

- **L'abord psychologique** : n'oublions pas cette dimension dans toutes les formes de récurrences. L'équilibre conjugal doit être préservé. Il faut expliquer le pourquoi de la récurrence, sans terroriser, redire que sous surveillance annuelle elle ne risque pas grand chose et que ceci ne doit pas modifier ses projets de vie (et de grossesse !). Continuons à vivre le plus normalement possible. Aidons les patientes par notre discours et notre empathie.

■ **AU NIVEAU VULVAIRE**

** Il s'agit le plus souvent de lésions condylomateuses acuminées ou papuleuses. Bénignes et liées à l'HPV 6 ou 11, elles sont souvent traitées car cosmétiquement et psychologiquement inacceptables tant pour la patiente que pour le partenaire (qu'il ne faut pas oublier de prendre en charge dans ce type de lésions en relief et contagieuses).*

Quel que soit le traitement, la récurrence est possible, en moyenne dans 30 % des cas. Il faut alors reprendre un traitement qui peut être le même ou différent mais insistons sur la qualité du suivi dans les premiers mois permettant en cas de récurrence la prise en charge de lésions moins nombreuses et plus petites.

C'est sans doute là un excellent créneau de l'imiquimod au long cours et par intermittence.

Plus encore qu'au niveau cervical, parce que cela se voit, il faut beaucoup discuter et expliquer pour rendre acceptable un traitement long, agressif, agaçant ... et qui n'empêche pas toujours une autre récurrence, ce dont il faut bien informer les patientes tout en redisant que cela reste une affection mineure dont on guérit toujours ... ou presque.

* *Dans les lésions de VIN3 et papulose bowénoïde, l'important est de se garder d'une agressivité de mauvais aloi chez ces femmes encore bien jeunes. Globalement, la cancérisation est rare. Traitons ce qui peut être traité raisonnablement, sans mutilation, ne brûlons pas les femmes.*

De la vigilance, mais aussi de la patience et pas d'agression disproportionnée.

* Dans tous les cas, l'exubérance des lésions ou la multirécidive imposent de *faire le point de l'immunité*, de chercher la multifocalité et ne pas oublier le conjoint.

■ AU NIVEAU VAGINAL

Les lésions sont plutôt de bas grade. Leur problème est souvent d'être oubliées dans le bilan d'une lésion cervicale et pourtant dans un quart de ces cas il y a lésions vaginales associées.

Quand elles sont en relief, le problème est la difficulté d'être exhaustif dans le traitement ce qui explique une récurrence fréquente. Il ne faut plus utiliser l'Efudix®, produit trop corrosif et n'ayant pas l'AMM.

La récurrence est à traiter par laser le plus souvent, sans anesthésie, dans le tiers supérieur du vagin, parfois sous anesthésie, loco-régionale ou générale, dans les lésions plus étendues atteignant le tiers inférieur du vagin.

■ CHEZ LES PATIENTES IMMUNODEPRIMÉES

- *Chez la femme enceinte*, la récurrence ou persistance malgré un traitement initial de lésions exubérantes et diffuses vulvo-vaginales peut faire discuter une césarienne pour minimiser le risque de papillomatose laryngée du nouveau-né.

- *Chez la patiente HIV positif*, le modèle de récurrence malgré traitement, deux notions sont importantes :

- . Essayer d'améliorer l'immunité par un traitement anti-viral optimal.
- . Surveiller tant qu'il n'y a pas aggravation et proposer une exérèse des lésions de haut grade au minimum de puissance.