

Frottis et grossesse

Le dépistage des lésions précancéreuses du col utérin par frottis cervico-vaginal (FCV) ne fait l'objet d'aucune organisation en France sauf chez la femme enceinte. En effet un arrêté, relatif à la proposition de réalisation d'un FCU lors du premier examen prénatal a été publié le 3 février 2010.

On retiendra :

Article 1 ➤ « La proposition de réalisation d'un frottis cervico-utérin à l'occasion du premier examen prénatal s'adresse à toutes les femmes et spécialement aux femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier... »

La femme est également informée de son droit d'accepter ou de refuser cet examen.

Article 2 ➤ « Le frottis cervico-utérin est pratiqué lors du premier examen prénatal... »

Plusieurs éléments doivent être retenus :

- D'une part, l'efficacité intrinsèque du test est comparable à celle observée en dehors de la grossesse (concordance cyto-histologique de 58 à 86 %) (NP4) ;
- D'autre part, l'arrêté ne précise pas l'âge de réalisation de cet examen ; il paraît de bon sens de l'adapter aux recommandations des sociétés savantes et de l'HAS pour ne proposer ce frottis qu'à partir de 25 ans ;
- Enfin, la fréquence des frottis positifs va être assez importante, non pas du fait de la grossesse mais du fait de l'âge des patientes concernées, les lésions précurseurs étant observées majoritairement chez des patientes de 30 à 35 ans.

La fréquence attendue des frottis pathologiques chez la femme enceinte est supérieure à 1/100. Selon les recommandations récentes de l'INCA, en cours de grossesse seules les anomalies cytologiques de haut grade (H-SIL, Asc-H et AGC) requièrent une évaluation colposcopique et, si besoin, une biopsie. Cet examen doit être réalisé au 1^{er} trimestre car au-delà de la première moitié de grossesse l'examen devient difficile et souvent ininterprétable du fait des difficultés à exposer correctement le col et de phénomènes de décidualose importants. Les autres anomalies cytologiques (ASC-US et L-SIL), bénéficieront d'un bilan dans le post-partum.

LL

La grossesse est une bonne opportunité pour réaliser un frottis de dépistage chez une patiente non correctement suivie.

77

La conduite à tenir repose sur le diagnostic histologique. Face à une lésion histologique de haut grade, en l'absence d'invasion, l'abstention est la règle. La patiente devrait être réévaluée au 6^e mois de grossesse (selon INCA 2016 mais de réalisation de cet examen particulièrement difficile) l'on proposera une nouvelle évaluation cyto-colposcopique entre 6 semaines et 4 mois du post-partum pour décider d'un traitement éventuel.

À l'inverse, si un doute sur une invasion persiste après une consultation spécialisée, la conisation diagnostique à l'anse diathermique est recommandée. La découverte d'un cancer micro-invasif de stade IA2 sur la pièce de conisation imposerait un bilan d'extension ganglionnaire et locale (coelio-curage pelvien et IRM) qui sera à la base des choix thérapeutiques.

En conclusion, la grossesse est une bonne opportunité pour réaliser un frottis de dépistage chez une patiente non correctement suivie. Devant un frottis évoquant une lésion de haut grade, un examen colposcopique au premier trimestre avec biopsie devra être réalisé. Le plus souvent un nouveau bilan devra être programmé dans le post-partum. Seules les lésions pour lesquelles une invasion est évoquée devront être l'objet d'une exérèse chirurgicale diagnostique. •