

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur F. Puech*

**EXTRAIT des  
Mises à jour  
en gynécologie médicale  
Volume 2010**

**Publié le 10 décembre 2010**

—



*TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2010*

# Aspects colposcopiques des lésions de bas grade

J. MARCHETTA \*  
(Angers)

## Résumé

*L'examen des lésions de bas grade est certainement le plus bel enjeu de la colposcopie. C'est en effet dans les bas grades qu'il n'y a pas de droit à l'erreur, car la cytologie seule ne peut pas conduire à la conisation de sécurité comme dans le haut grade. L'erreur consistant à laisser échapper une lésion de CIN 2+, les conséquences peuvent être majeures pour la patiente.*

*La colposcopie des bas grades est aussi une étape préthérapeutique, et les traitements destructeurs tels que la vaporisation au laser ne peuvent se concevoir qu'après un bilan colposcopique pertinent, permettant de garantir tant le grade de la lésion que son observation dans sa totalité.*

*Les lésions de bas grade peuvent prendre un aspect micro-papillaire assez facile à identifier, mais peuvent correspondre à des zones microscopiques révélées uniquement par*

\* CHU d'Angers - Service de gynécologie du Pr Philippe Descamps - 4 rue Larrey - 49933 Angers cedex 9

*les réactifs de la colposcopie. La colpite virale peut dessiner de multiples images telles que les fameuses mosaïques inversées très caractéristiques.*

*L'adhésion à la charte de qualité en colposcopie est une étape obligée si la colposcopie veut rester une exploration digne de confiance comme elle le mérite.*

*Mots clés : bas grade, colposcopie, papilles, leucoplasie, acidophilie, TAG I, métaplasie immature, colpite virale*

### **Déclaration publique d'intérêt**

Je soussigné, Jacques Marchetta, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

Effectuer le bilan colposcopique d'un col présentant des lésions de bas grade est assurément un moment pathétique pour le colposcopiste, à double titre :

- d'abord être certain de ne pas laisser échapper une zone plus grave qui pourrait contenir une dysplasie de degré 2+ car les décisions thérapeutiques s'en trouveraient sous-estimées ;
- d'autre part, pouvoir garantir que l'examen colposcopique est « satisfaisant » dans le sens de la terminologie colposcopique internationale de ce mot (« satisfaisant » sous-entend que la totalité du revêtement épithélial malpighien a été observée, autrement dit que la ligne de jonction pavimento-cylindrique a été suivie intégralement). Non satisfaisante, la colposcopie devient non pertinente pour s'impliquer dans les décisions thérapeutiques, en particulier si une attitude de traitement destructif ou de surveillance voulait être adoptée.

Les lésions virales peuvent être macroscopiquement visibles et le colposcope n'est utile que pour mieux les repérer, les analyser, et en faire un bilan complet. Mais ces lésions peuvent être microscopiques et le colposcope devient alors indispensable pour les révéler, les identifier et les biopsier.

## I. LES ASPECTS MACROSCOPIQUES

Ils correspondent aux condylomes. Que les papilles qui constituent l'unité papillaire soient volumineuses ou réduites (micro-papilles), elles répondent toujours à 3 critères :

- aspect surélevé digitiforme,
- acidophilie,
- iode inhomogène.

Ces 3 éléments sont constamment retrouvés sur les lésions virales de bas grade. Si l'un d'eux manque, alors il ne s'agit pas d'une zone lésionnelle viro-induite.

**1. Les papilles peuvent être volumineuses**, réalisant des digitations qui comportent un axe vasculaire parfois visible le long de la papille ou à sa pointe. Ces papilles peuvent se grouper sous forme de bouquet condylomateux réalisant la verrue.

- L'acide acétique blanchit les papilles et les rétracte légèrement, les séparant les unes des autres (le blanchiment fait disparaître la visibilité de l'axe conjonctivo-vasculaire.
- Lorsque l'amas condylomateux est en situation péri-orificielle, sur le col se pose parfois le diagnostic différentiel avec un ectropion. Le blanchiment intense à l'acide acétique et l'aspect plus grossier des papilles permettent souvent de faire la différence.
- Un autre aspect est celui de plaques blanches leucoplasiques, mais la iodo-positivité inhomogène permet de faire la différence.

**2. Les formes micro-papillaires**

- Les éléments papillomateux sont alors plus discrets. Les papilles sont volontiers courtes et arrondies. Il peut s'agir de micro-papilles diffuses, ou groupées et formant des zones micro-papillaires à bords nets, c'est-à-dire que la surface papillaire s'arrête brusquement comme à l'emporte-pièce.
- Encore plus petites, ces lésions peuvent réaliser un fin granité sur le col. À un stade encore plus atténué, il s'agit de formes planes.

## II. LES ASPECTS MICROSCOPIQUES

### 1. *Aspects des zones pathologiques*

Parmi les 3 critères qui caractérisaient les formes macroscopiques (papilles, acidophilie, iodo-négativité inhomogène), il n'en reste ici que 2 puisque le relief en papilles n'existe plus dans les formes microscopiques (longtemps appelées planes).

- La réaction acidophile réalise des zones blanches relativement épaisses, plutôt brillantes à contours nets. Elles sont volontiers en relief mais peuvent être totalement planes. On recherchera toujours, sur ces zones acidophiles, un petit relief micro-papillaire signant, de façon plus typique, la virose.

Ces zones blanches peuvent se présenter sous forme de plaque unique de forme variable sans logique particulière, ou se multiplier à la surface du col en de nombreuses taches blanches posées comme des « tâches de bougie ».

- Au lugol, les zones condylomateuses acidophiles sont iode inhomogène. Celles-ci prennent volontiers une topographie analogue à celle des TAG I (Transformation Atypique de Grade I), c'est-à-dire centripète avec une base large périphérique se réduisant en pointe vers l'orifice externe du col. Cette morphologie s'explique aisément si l'on veut bien considérer que la pénétration d'HPV dans l'épithélium malpighien se fait de 2 manières :

- soit par les jonctions pavimento-cylindriques qui prolifèrent sur la zone de transformation et autour de l'orifice externe,
- soit dans les zones de métaplasie immature. Ce type de métaplasie correspond à une bande de réparation de l'ectropion qui n'est pas arrivée à maturer et qui apparaît donc en colposcopie sous forme acidophile (en raison de l'empilement cellulaire abondant) iode négatif (en raison de l'absence de glycogène). Dans la terminologie colposcopique française, ces zones réalisent des TAG I. Infectée par HPV qui pénètre facilement ces zones, l'aspect iode négatif devient inhomogène et traduit ainsi sous la lentille du colposcope la présence du virus dans la TAG I.

Une polémique se soulève volontiers à propos de ces zones inhomogènes au Lugol, à savoir : la pénétration du virus dans

une zone de réparation immature accélère-t-elle sa maturation, ou cette maturation encore incomplète donnant les images inhomogènes existe-t-elle naturellement, et nous sommes amenés à les observer car l'infection virale nous conduit à réaliser une colposcopie ?

## **2. La colpite virale**

Elle accompagne les zones lésionnelles, et s'étend parfois largement sur le col. Elle est induite par l'intense réaction inflammatoire du chorion provoquant des remontées vasculaires dans l'épithélium malpighien.

Cette colpite (qui porte d'ailleurs mal son nom car colpos signifie vagin en grec, mais cervicite est emprunt d'une connotation plutôt bactérienne) s'observe essentiellement au Lugol car c'est à travers l'épithélium coloré en marron par l'iode que l'aspect rouge des remontées vasculaires apparaît le mieux.

- Si cette remontée vasculaire est verticale, elle réalise un aspect ponctué, finement piqué : c'est la « colpite virale » la plus caractéristique.
- Si cette infiltration vasculaire dans l'épithélium est horizontale, elle dessine alors des aspects aléatoires que nous pouvons décrire par de multiples adjectifs :
  - aspect réticulé : fin réseau en mailles de filet plus ou moins larges. Parfois les mailles apparaissent bien organisées et dessinent la fameuse mosaïque inversée (carré foncé en raison de la coloration positive au Lugol cerné par le trait rouge vasculaire plus clair, ce qui est effectivement le contraire dans la mosaïque dysplasique dans laquelle le centre du pavé est blanc car acidophile) ;
  - aspect radié lorsque le reticulum vasculaire rouge forme un réseau orienté vers l'orifice externe du col ;
  - aspect en boucle formant des images circonées, annelées ou ansinées (en anse de canne), c'est-à-dire dessinant des cercles arrondis à la surface du col. Ceux-ci peuvent être de diamètre assez large, mais ils sont plus souvent de faible diamètre, mais nombreux et accumulés dans une zone du col ;
  - aspect tigré, etc.

Bien évidemment, plusieurs aspects peuvent être diversement associés sur un même col.

### III. LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- À l'examen sans préparation, la principale hésitation peut se faire avec une leucoplasie, mais celle-ci ne présente pas d'aspect papillaire, et surtout elle se décolle volontiers sous une spatule qui la repousse.
- À l'acide acétique, il peut s'agir d'une simple zone de TAG I, mais celle-ci est totalement plane, sans le moindre relief par rapport à l'épithélium adjacent, et présente une forme centripète. Au cours d'une grossesse, l'aspect le plus trompeur est celui de la déciduose.
- Au Lugol, il peut s'agir d'une colpite non virale, mais celle-ci est volontiers « à gros points », les aspects clairs en taches correspondant à des amas lymphoïdes sous épithéliaux.

### EN CONCLUSION

Contrairement à la reconnaissance des zones pathologiques de haut grade qui repose sur des signes colposcopiques volontiers francs et marqués, l'identification des zones de bas grade est souvent plus incertaine et les sites précis à biopsier sont moins évidents et plus délicats à localiser. Quant à la colpite virale, elle aide à l'évocation du diagnostic mais ne le fait pas.

Pourtant, l'indication de la colposcopie pour des pathologies de bas grade est bien plus fréquente que pour les hauts grades, et nécessite une rigueur et une assurance très stricte et sans aléas, car elle est la pierre angulaire des décisions thérapeutiques. Elle s'adresse souvent à des femmes plus jeunes encore, susceptibles de débiter des grossesses, ce qui ne donne pas droit à la conisation diagnostique en cas d'incertitude.

Les indications thérapeutiques s'orientant volontiers vers des traitements destructeurs, aucune vérification histologique ne sera donc effectuée et une erreur sur le site de la biopsie sous colposcopie pourrait avoir des conséquences graves.

Ces notions donnent toute son importance à la charte de qualité en colposcopie et pathologie cervico-vaginale à laquelle nous recommandons d'adhérer pour garantir une assurance de qualité.

## Bibliographie

[1] Cox JT. Management of cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet* 1999 Mar 13;353 (9156):857-9.

[2] Mitchell MF, Schottenfeld D, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1998 Apr;91(4): 626-31.

[3] Barrasso R. Colposcopie, technique et applications pratiques. *Contracept Fertil Sex* 1996 Jan;24(1):18-21.

[4] Marchetta J, Descamps P. La colposcopie, 2<sup>e</sup> édition Elsevier Masson Mars 2008.

[5] Gondry J. Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus. J. Monsonégo, Springer 2007.