

Dysplasies et cancer du col chez les immunodéprimées. Modalités de prévention et de surveillance.

Docteur Isabelle Heard

Gynécologue, Obstétricien,

Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Dès les années 70 et avant que le papillomavirus humain (HPV) n'ait été décrit puis identifié comme l'agent causal des néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN) et du cancer du col, il avait été rapporté que les femmes transplantées rénales pourraient avoir plus de lésions précancéreuses du col de l'utérus. Les études cas contrôles réalisées depuis l'introduction de la ciclosporine ont montré que la prévalence de l'infection à HPV au niveau du col de l'utérus était plus élevée chez les femmes transplantées sous cyclosporine que dans les groupes contrôles. Les cancers invasifs du col seraient également plus fréquents chez les femmes transplantées. L'étude réalisée à partir du registre australien des transplantés entre les années 1980 et 2003 montre également une augmentation significative de l'incidence standardisée des cancers du col. A l'inverse, dans une étude récemment publiée à partir de la cohorte italienne de transplantés rénaux, le taux d'incidence standardisée de cancer du col de l'utérus était non significativement augmenté par rapport à la population générale et ceci pour une période couvrant les années 1970 à 2003.

De même, l'infection HPV serait plus fréquente et la prévalence des frottis anormaux serait plus élevée chez les femmes présentant un lupus érythémateux disséminé (LED) traité par cyclosporine que dans une population témoin. La nature du traitement immunosuppresseur et en particulier de la cyclosporine en tant que facteur de risque de développer une lésion a été évaluée dans différentes études.

Si l'incidence du cancer du col ne paraît pas plus élevée chez les femmes ayant une maladie de Crohn, une fréquence plus élevée d'anomalies du frottis a été récemment rapportée, indépendante de la nature des traitements immunosuppresseurs. Le mécanisme en cause est inconnu.

Au total, si l'infection à HPV semble plus fréquente chez les femmes sous traitement immunosuppresseur, ses caractéristiques en terme de répartition des génotypes, multiplicité de l'infection et persistance ont été peu étudiées. Chez la femme immunocompétente, la survenue de lésions induites par l'infection HPV est habituellement suivie par une régression spontanée, grâce à la mise en place d'une réponse immunitaire à médiation cellulaire contre les protéines oncogènes de l'HPV. L'ensemble des études consacrées à la pathologie liée à l'infection HPV chez les femmes sous traitement immunosuppresseur montre que celle-ci serait liée à l'intensité et/ou à la « nature » de l'immunosuppression. Le rôle des traitements immunosuppresseurs actuellement utilisés a été peu évalué.

Dans ce contexte, il est recommandé de proposer à toutes les femmes recevant un traitement immunosuppresseur de pratiquer un frottis de dépistage du cancer du col tous les ans. En cas d'anomalie au frottis, la colposcopie permettra de repérer les lésions et d'effectuer des biopsies de confirmation. En cas de traitement chirurgical (conisation), la surveillance post-opératoire devra rester annuelle du fait du risque de persistance/réapparition de l'infection par les HPV liée à l'immunosuppression.