



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Condylomatoses vulvo-vaginales et périnéales
pendant la grossesse*

Mémoire présenté et soutenu par
Sophia Benchabane

Promotion 2010

Directeur de mémoire : Monsieur T. Bouin
Expert : Docteur T. Routiot

SOMMAIRE

Sommaire	3
Introduction	5
Partie 1 : revue de la littérature	7
1) Condylomes	8
1.1 Epidémiologie	8
1.2 Physiopathologie	9
1.3 Clinique	11
1.4 Diagnostic et bilan	13
1.5 Traitements.....	15
1.5.1 Moyens thérapeutiques	16
1.5.2 Schémas thérapeutiques	17
2) Cas particulier de la grossesse	19
2.1 Femme enceinte et condylome.....	19
2.2 La transmission verticale du virus HPV	20
2.3 Diagnostic et bilan durant la grossesse	22
2.4 Traitements durant la grossesse	23
2.4.1 Au premier et deuxième trimestre.....	24
2.4.2 Au troisième trimestre.....	24
Partie 2 : l'étude	26
1) Notre étude	27
1.1 Objectifs de l'étude	27
1.2 Caractéristique de l'étude.....	27
1.3 Matériel et méthode.....	27
1.3.1 Type d'étude et modalité.....	27
1.3.2 Description des données collectées.....	28
1.4 Accès aux dossiers médicaux.....	28
2) Les résultats	29
2.1 Les facteurs de risque et l'anamnèse.....	29
2.1.1 L'âge des patientes.....	29
2.1.2 La gestité	30
2.1.3 Date du dernier frottis	30
2.1.4 Antécédent de condylomatose.....	31
2.1.5 Le tabac	31
2.1.6 Les IST et immunodépression.....	32
2.2 La grossesse	32
2.2.1 Date d'apparition durant la grossesse	32
2.2.2 Les condylomes.....	33
2.2.3 Le dépistage des IST	34
2.2.4 Examens réalisés pendant la grossesse	34
2.2.5 Les traitements	34
2.2.6 Le suivi de la grossesse	34
2.3 L'accouchement	35

2.3.1 Le terme	35
2.3.2 Le mode d'accouchement	35
2.3.3 Le nouveau-né.....	36
2.4 Suite de couches et visite post-natale.....	37
Partie 3 : Discussion	38
1) Evaluation.....	40
1.1 Les données épidémiologiques	40
1.2 Evaluation de la prise en charge.....	41
1.3 L'accouchement	43
1.4 Le nouveau-né.....	44
1.5 La visite post-natale	44
2) La place de la sage-femme.....	46
2.1 La prévention	46
2.2 La grossesse	47
2.3 L'accouchement, suite de couches et consultation post-natale.....	48
Conclusion.....	49
Bibliographie	50
Abréviation	52
TABLE DES MATIERES	53
Annexe I : Lettre d'autorisation de la patiente.....	II
Annexe II : Grille de recueil.....	III
Annexe III : Article 86 de la LOI HPST du 21 juillet 2009.....	VII

Introduction

En ce moment, chaque professionnel de santé, et même beaucoup de patientes, avec l'introduction sur le marché d'un vaccin quadrivalent (type 6, 11, 16, 18) , Gardasil®, comprenant les types de papillomavirus humains (HPV) sont sensibilisés aux lésions causées par ce virus. La condylomatose est une pathologie bénigne fréquente chez les sujets ayant débuté leur activité sexuelle dont les sérotypes 6 et 11 sont responsables dans 90% des cas. Plus de la moitié des jeunes filles ont été au contact de l'HPV 5 ans après le début des relations sexuelles ⁽¹⁾. Souvent, l'infection par l'HPV ne provoque aucun symptôme.

Ainsi le facteur de risque majeur de développement de lésions condylomateuses est l'infection à papillomavirus humain (HPV) transmise par voie sexuelle (OMS). Les condylomes peuvent atteindre aussi bien l'homme que la femme.

Il existe plus de 200 types d'HPV différents, responsables d'infections génitales. Ces virus sont classés en HPV à faibles ou hauts risques. Ils sont responsables de l'apparition de condylomes, de lésions précancéreuses et de cancers invasifs⁽²⁾.

Par ailleurs, les femmes venant consulter pour leur grossesse n'ont pas toutes de suivi gynécologique régulier. On pourrait donc penser que la grossesse est un moment propice au dépistage de la population et à la prise en charge de ces lésions qui ne se présentent pas toujours sous leurs formes la plus connue appelée « crête de coq ». D'autant plus que de nos jours, en France, la moyenne d'âge pour une première grossesse est de 29 ans (INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economique). Ceci place une grande partie des femmes enceintes dans une tranche d'âge à risque élevé de condylomatoses puisque l'âge moyen d'apparition est de 30 ans (précisons que les taux les plus élevés sont retrouvés dans la classe d'âge des 20-24 ans) ⁽³⁾.

Nous allons, dans une première partie, faire quelques rappels théoriques sur l'infection par le virus HPV, les condylomes, des différents traitements possibles. Nous parlerons du cas particulier la grossesse associée à ces lésions, ses limites et ses conséquences.

Dans une deuxième partie nous développerons l'étude mise en place et les résultats retrouvés. Dans la dernière partie, nous discuterons de notre cohorte en fonction de la

littérature et nous en déduisons la place de la sage-femme dans cette pathologie, que ce soit pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches.

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

1) CONDYLOMES

1.1 Epidémiologie

L'épidémiologie en France est basée principalement sur 3 études : une étude française ⁽⁴⁾ effectuée en 2000 auprès de médecins généralistes a montré que le nombre annuel d'épisodes de condylomes acuminés externes (CAE) ou « crêtes de coq » était de 23 000 dont 15 000 diagnostics de nouveaux cas. Une deuxième étude menée auprès des dermatologues libéraux français avait estimé à 100 000 le nombre de consultations pour CAE (dont 47 000 nouveaux cas), ce qui a permis d'estimer l'incidence des CAE à 107 nouveaux cas pour 100 000 habitants, en France.

Une autre étude menée en 2005 auprès de 212 gynécologues et incluant 263 patientes a évalué l'incidence annuelle des cas en France à 228,9/100 000 pour la population des femmes de 15-65 ans, correspondant à 47 755 cas annuels pris en charge par les gynécologues. Sur cette population, 75,3 % des femmes consultaient pour une primomanifestation, 20,2 % pour des récurrences et 4,5 % pour une résistance aux traitements.

Les condylomes (ou verrues anogénitales) sont dus à l'infection par le papillomavirus humain (Human PapillomaVirus) à faible risque oncogène. Les sérotypes 6 et 11 sont retrouvés dans 70 % à 100 % des condylomes anogénitaux⁽³⁾.

On estime à 291 millions le nombre de femmes porteuses de l'Acide DesoxyriboNucléique HPV dans le monde (de Sanjose Lancet Infect Dis 2007 Meta-analyse 158 000 femmes 1999-2005). C'est la première infection virale sexuellement transmissible. Le taux de transmission de l'HPV au cours d'un rapport sexuel est de 5 à 100% ⁽⁵⁾. On considère que plus de 60% des primo-infections surviennent dans les 5 années suivant le début de l'activité sexuelle, ce qui explique que les taux d'infections les plus importants sont retrouvés avant l'âge de 25 ans (16,9 %)⁽³⁾. La prévalence de l'infection à HPV est de 5 à 15 % après l'âge de 30 ans où elle correspond alors en général à des infections persistantes. La prévalence décroît ensuite de 35 à 44 ans. Un second pic de fréquence apparaît après 45 ans, qui peut s'expliquer par les bouleversements hormonaux de la ménopause et pose l'hypothèse d'une réactivation virale. Une autre hypothèse concernant cette classe d'âge suggère un changement du comportement sexuel des femmes et/ou de leurs conjoints.

1.2 Physiopathologie

Le papillomavirus appartient à la famille des Papillomaviridae composée de plus de 200 génotypes. C'est un virion de petite taille, non enveloppé (ce qui lui confère une forte résistance dans le milieu extérieur), icosaédrique de 55 nm de diamètre et non cultivable in vitro. Il possède un ADN bicaténaire, circulaire et fermé. Après avoir pénétré dans la cellule, l'ADN de l'HPV s'insère dans le noyau, au niveau de l'ADN cellulaire, au voisinage de gènes proto-oncogènes ou anti-oncogènes, dont l'action régulatrice sur la multiplication/division cellulaire se trouve perturbée. C'est ce phénomène sera à l'origine d'une dysplasie pouvant aboutir à une cancérisation.

Les HPV sont classés en fonction de leur tropisme tissulaire (cutané ou muqueux), mais également en fonction de leur potentiel oncogénique. Ainsi une classification des génotypes à HPV en 3 groupes a été effectuée (d'après Munoz, 2006 ⁽⁴⁾):

Caractérisation du risque oncogène	Sérotypes concernés
Haut risque	16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59
Probablement haut risque	26,53,66,68,73,82
Bas risque	6,11,40,42,43,44,54,61,70,72,81

Trois à 5% de la population présentera des lésions cliniques⁽⁶⁾ et entre 2,6 et 10 % des infections latentes asymptomatiques ⁽⁴⁾. La transmission par contact sexuel est avant tout génitale mais elle peut être anale lors des rapports anogénitaux ou orale lors de rapports buccogénitaux. Le risque de transmission du virus par une personne porteuse de condylomes est d'environ 70 à 85 % en l'absence de protection (préservatif) ⁽⁸⁾.

D'autres modes de transmission beaucoup moins fréquents ont été décrits :

- l'auto ou allo-contamination à partir de verrues des mains, d'objets souillés.
- directe (linge de toilette échangé) ou indirecte (sauna, jacuzzi).
- materno-fœtale ou périnatale.

L'évolution des infections à HPV est fluctuante, fonction du statut immunitaire, de facteurs génétiques et exogènes. Environ 1/3 des femmes entre 15 et 24 ans ont déjà rencontré le virus au moins une fois et près de 80% des femmes seront en contact avec l' HPV au cours de leur vie sexuelle⁽⁹⁾. Il s'agit d'une infection asymptomatique qui, le plus souvent, va régresser et disparaître spontanément, en moyenne, en moins de 8 mois (dans 80 % des cas) ⁽⁸⁾. C'est notamment la persistance de l'infection à HPV, et son

type, qui vont engendrer les modifications cellulaires aboutissant aux dysplasies voire à la cancérisation. L'HPV persiste chez 3 à 10 % des femmes. En général, plusieurs années s'écoulent entre l'infection à papillomavirus et l'apparition du cancer ⁽⁸⁾.

Les facteurs de risque de persistance de l'infection à HPV sont :

- Les facteurs exogènes :

* Le tabac : chez les fumeurs actifs, le risque augmente avec le nombre de cigarettes consommées par jour mais pas avec la durée de consommation. Chez les anciens fumeurs le risque persiste même s'il est plus faible.

* Le nombre de partenaires sexuels : plus il est important plus le risque est élevé.

* La parité : qui est associée à un risque accru après ajustement avec le nombre de partenaires sexuels et l'âge du premier rapport sexuel. Le risque augmente avec le nombre de grossesses menées à terme et le jeune âge au moment de la première grossesse.

* La contraception orale prolongée (supérieure à 86 mois). Les oestro-progestatifs faiblement dosés semblent réduire le risque.

* La co-infection par d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcie, chlamydia, mycoplasme, hépatite B, hépatite C et Virus de l'Immunodéficience Humaine).

* Le statut immunitaire : l'immunodépression augmente le risque. Cela concerne donc les patients greffés, infectés par le VIH, présentant une maladie auto-immune, les femmes sous chimiothérapies prolongées...

* La grossesse majore aussi la virulence virale probablement du fait d'une extériorisation de la zone de jonction cervicale, entre l'épithélium Malpighien et cubique, et d'une baisse de l'immunité.

Il n'existe pas de traitement éradiquant ce virus.

A noter que le préservatif et la circoncision sont des facteurs protecteurs vis-à-vis de l'infection, même si cette protection n'est pas absolue ⁽⁴⁾.

1.3 Clinique

Les condylomes sont des lésions visibles à l'œil nu (condylomes acuminés externes) ou nécessitant un examen macroscopique à la loupe (colposcopie).

Chez la femme, ces verrues affectent le plus souvent les lèvres, le clitoris et sont associées dans un tiers des cas à des condylomes internes au niveau du col de l'utérus ou du vagin ; et dans un cas sur quatre à des verrues périanales.

Il existe trois types de condylomes ano-génitaux :

- les condylomes acuminés : ils sont plus familièrement appelés crêtes de coq. Ils se présentent sous la forme de masses charnues, à surface hérissée de petites verrucosités plus ou moins kératosiques, mesurant 0,2 à 1 centimètres. Leur nombre est variable de quelques lésions à plusieurs dizaines. Au niveau de la peau périnéale, génitopubienne, ils sont papuleux et peuvent être pigmentés à surface mamelonnée (Figure 1).



Figure 1 : Condylomes acuminés externes périnéaux⁽¹⁰⁾

- les condylomes papuleux ou micropapillaires : souvent associés aux condylomes acuminés, ce sont des papules multiples isolées ou groupées en nappes de couleur rose blanchissant à l'acide acétique. A l'examen colposcopique la surface est micropapillaire avec des ponctuations vasculaires (Figure 2).

Condylomes papuleux



Figure 2 : Aspect colposcopique de

condylomes papuleux ⁽¹¹⁾

- Les condylomes plans : ils prennent la forme de macules à surface lisse, isolées ou confluant en nappes, de couleur rosée ou discrètement brune, parfois pigmentée. Ils peuvent être invisibles à l'œil nu, nécessitant l'application d'acide acétique, pour apparaître bien limités et blanchis sur la muqueuse saine (Figure 3).

Condylomes plans

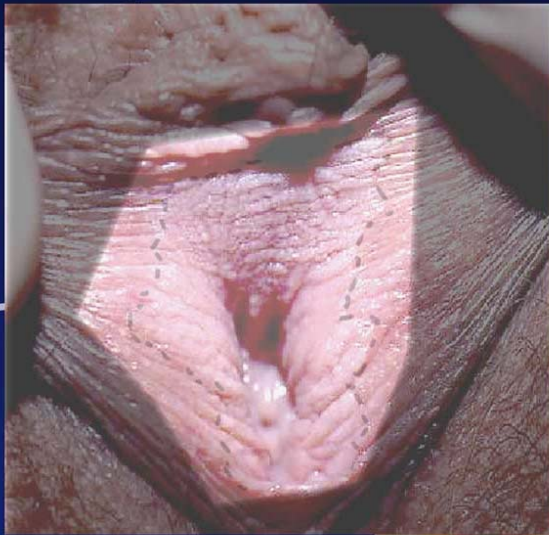


Figure 3 : Condylomes plans⁽¹²⁾

Il existe une corrélation anatomo-virologique, ce qui explique l'intérêt de savoir reconnaître les formes cliniques. Par exemple les condylomes plans sont souvent induits par l'HPV 16, 18, 31, 33.

On peut ajouter à ces trois types de condylome la tumeur de Büschke-Lowenstein. C'est une forme clinique rare de condylome acuminé géant assimilée au groupe des carcinomes verruqueux. Plus fréquente chez les hommes et les immunodéprimés, elle se développe au niveau génital ou périanal, réalisant une volumineuse lésion bourgeonnante parfois ulcérée ou fistulisée aux organes voisins. L'histologie est proche de celle d'un condylome acuminé, avec cependant une prolifération plus marquée et une pénétration profonde dans les tissus adjacents mais sans rupture de la membrane basale. Cette tumeur génitale fait exception à la règle des papillomavirus oncogènes car elle est associée à l'HPV 6 et 11, types habituellement détectés dans les lésions bénignes. La recherche d'autres infections sexuellement transmissibles associées est nécessaire (comme pour tous les condylomes). Un examen clinique rigoureux et une imagerie complémentaire permettent d'établir un bilan lésionnel précis. Le traitement n'est pas encore codifié. A côté des topiques locaux, de la chimiothérapie, du laser, de l'immunothérapie, on peut proposer la chirurgie qui peut aller de la simple résection jusqu'à l'amputation large. Le risque de récurrences et l'évolution qui peut se faire vers l'extension voire même une dégénérescence maligne imposent un suivi régulier de ces patients.

1.4 Diagnostic et bilan

Il faut savoir que la morbidité physique est mineure mais la morbidité psychologique souvent majeure avec un retentissement sur l'activité sexuelle (crainte de contaminer le partenaire) ⁽¹³⁾.

Le diagnostic de condylomes génitaux est avant tout clinique. Leur traitement doit donc être précédé d'un interrogatoire précis.

Les condylomes génitaux peuvent être à l'origine de certains symptômes gynécologiques tels que le prurit, l'irritation, les leucorrhées, l'hématurie, les métrorragies post-coïtales. Cependant ces symptômes sont souvent le témoin d'une surinfection secondaire des condylomes par un autre agent infectieux. Ainsi chez la femme, la présence d'une candidose vulvo-vaginale concomitante à la découverte des condylomes est fréquente. Elle est d'ailleurs souvent responsable du prurit attribué parfois aux condylomes eux-mêmes. Un traitement antimycosique local immédiat est nécessaire avant toute réalisation d'investigations locorégionales et avant tout traitement.

Avant la prise en charge, l'interrogatoire s'attachera à mettre en évidence le mode de transmission (2 à 8 mois avant l'apparition des lésions)⁽⁴⁾ : nouveau partenaire, sauna, jacuzzi, linge échangé, verrues cutanées Il faudra aussi rechercher des facteurs favorisant tels que la grossesse, l'homosexualité, un déficit immunitaire ou une maladie auto-immune.

L'examen clinique précis permet de préciser la topographie des condylomes acuminés, leur extension, leur caractéristique selon le mode évolutif des lésions et leur association aux néoplasies intra-épithéliales au niveau de col (CIN), vagin (VaIN), vulve (VIN), anus.

Tableau : les questions à se poser avant la prise en charge.

1) Topographie : versant cutané ou muqueux	Isolés
	Confluents
	Etendus
2) Extension	Vulvopérinéale
	Col, vagin
	Intra-anale
3) Caractéristiques	« Frais »
	Résistants
	Récurrents
	Anciens

Ce diagnostic clinique doit être complété par un examen au spéculum, un frottis, un bilan des IST et une colposcopie systématique compte tenu de la possibilité d'infections mixtes, associant le HPV à bas risque et à haut risque. Le bilan des IST consiste en :

- un dépistage sérologique de la syphilis, du VIH ainsi que de l'hépatite B et C selon le contexte
- une recherche de gonococcie par un prélèvement urétral
- une recherche de Chlamydiae par un prélèvement mycobactériologique endocervical.

Concernant la colposcopie, parfois l'application d'acide acétique peut être utile afin de mieux évaluer les lésions.

Une biopsie devra être pratiquée dans les formes atypiques pouvant faire suspecter une dysplasie vulvaire (VIN 3, papulose bowénoïde, maladie de Bowen), en cas de CIN, de lésion du vagin, d'anomalie péri- ou endo-anales ou de lésion acuminée du canal anal chez la femme de plus de 40 ans.

De plus, une anoscopie devra être réalisée si la surface lésionnelle est supérieure à 10 cm², chez les patientes à risque ou en cas de condylomes péri-anaux.

Un examen du partenaire devrait être proposé systématiquement et il est suggéré de pratiquer un dépistage cytologique annuel chez les patientes indemnes de toute lésion mais dont le partenaire est concerné par les condylomes.

On note qu'il n'y a pas d'indication à effectuer des typages viraux puisqu'il existe une assez bonne corrélation entre le type viral (à haut potentiel oncogénique ou non) et le type clinique de lésion.

1.5 Traitements

On ne dispose pas de traitement antiviral efficace. L'objectif est la disparition des lésions visibles. Elles peuvent régresser spontanément dans 20 à 30% des cas⁽⁴⁾.

L'information du patient avant tout traitement permet :

- d'éviter les confusions (HPV/cancer, infection virale/maladie).
- de préciser les délais d'incubation des condylomes (3 semaines à plusieurs années) et le degré de contagiosité élevé des condylomes pour éviter des conséquences dramatiques dans les couples stables.
- de souligner la fréquence des récurrences, la transmission possible de condylomes externes non couverts par le préservatif.
- d'insister sur la nécessité d'une surveillance pour évaluer la réponse au traitement.

Concernant les modalités thérapeutiques, on dispose de trois types de méthodes :

Les traitements chimiques cytotoxiques	Podophylline/podophyllotoxine :Condyline® Acide trichloracétique (ATA) 5-fluorouracil (5 FU) : Efudix®
Les traitements immunomodulateurs	Interférons Imiquimod : Aldara® Vaccins
Les traitements physiques et chirurgicaux	Cryothérapie Electrocautérisation Vaporisation au laser Excision chirurgicale

Le taux de guérison varie de 22 à 88 % pour les traitements chimiques, de 7 à 82 % pour les traitements immunomodulateurs et de 70 à 97 % pour les traitements physiques/chirurgicaux. Concernant les taux de récurrence on a respectivement une variation de 16 à 65 %, 21 à 25 %, 6 à 51 % ⁽¹⁴⁾.

Le choix du traitement dépend du nombre de lésions, de leur étendue, des sites concernés, de la nature des lésions, de la préférence du médecin et du patient et des cas particuliers (grossesse par exemple).

1.5.1 Moyens thérapeutiques

1.5.1.1 Les traitements chimiques

- La podophylline : elle possède des propriétés antimitotiques. Elle est appliquée par le praticien, le patient ou une tierce personne. Elle est contre-indiquée chez la femme enceinte. La podophylline a été remplacée par la podophyllotoxine, qui est un traitement de première intention des condylomes de petite taille, en nombre limité mais difficilement utilisable sur les verrues vulvaires et anales.

- L'acide trichloracétique : c'est un agent kératolytique qui est plus efficace sur le versant muqueux que sur le versant cutané. Il est appliqué par le praticien avec l'aide d'un coton tige 1 à 2 fois par semaine pendant trois semaines. C'est un traitement désagréable qui peut nécessiter avant la séance la pose d'une crème de type Emla®. Il n'est pas contre-indiqué chez la femme enceinte.

- Le 5 fluorouracil : c'est un agent antimitotique, utilisé de moins en moins fréquemment en raison de la forte irritation qu'il produit. Il est aujourd'hui réservé aux condylomes récidivants du méat urétral. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte.

1.5.1.2 Les traitements immunomodulateurs

- Les interférons : ils agissent par propriétés antiproliférante, immunomodulante et antivirale. Ce traitement est délaissé car il est douloureux et surtout très coûteux sans avoir de résultat sensiblement supérieur aux autres méthodes.

- L'imiquimod : c'est la molécule la plus récente. Elle stimule la réponse immunitaire naturelle de la patiente contre le virus.

- Le vaccin : il s'agit du Gardasil®, recommandé préférentiellement par le Haut Conseil de Santé Publique, et du Cervarix® qui sont des vaccins prophylactiques (prévention primaire). Les vaccins thérapeutiques sont encore à l'étude.

1.5.1.3 Les traitements physiques

- La cryothérapie : l'effet cryogénique est obtenu par l'application d'azote liquide. C'est un traitement de choix, souvent de première intention pour les lésions externes de petite taille. Afin de diminuer les douleurs, il est possible d'appliquer de la crème Emla® au préalable. L'utilisation pendant la grossesse est possible.
- L'électrocautérisation : elle est douloureuse avec des cicatrisations parfois longue. Elle nécessite une anesthésie (locale ou générale) et les résultats dépendent de l'expérience du praticien et de l'étendue des lésions.
- La vaporisation au laser : une anesthésie locale est indispensable, voire même générale dans certains cas. Le laser permet de maîtriser la profondeur de la destruction. Cependant les résultats sont opérateur-dépendants et il génère des vapeurs contenant de l'ADN viral qui nécessite l'utilisation conjointe d'un système d'aspiration adapté et de masques chirurgicaux spécifiques.
- L'excision chirurgicale : elle est rarement réalisée en première intention. Elle est intéressante devant une lésion isolée ou si une anesthésie est indiquée pour d'autres localisations. Le geste est effectué au bistouri ou aux ciseaux.

1.5.2 Schémas thérapeutiques

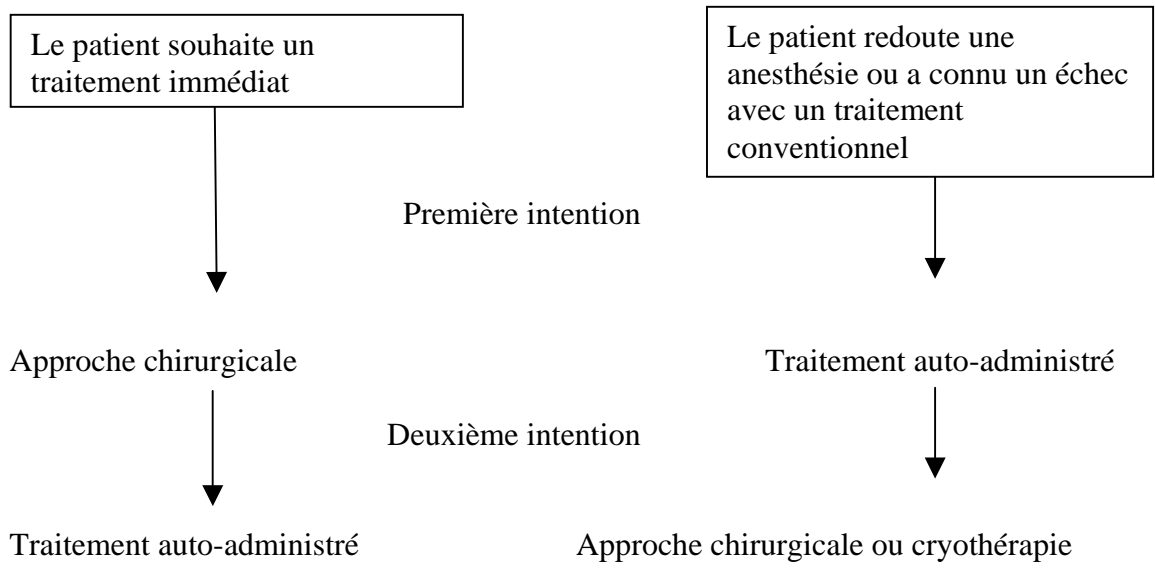
Si les lésions sont limitées en nombre et en taille ⁽⁶⁾

- Cryothérapie
- Ou Imiquimod
- Ou podophyllotoxine (sauf vulve et anus)

Si les lésions sont nombreuses (>10) ou étendues (>1 cm²) :

- Premier épisode : imiquimod
Ou destruction (laser, chirurgie, électrocoagulation)
- Récidives : destruction (laser, chirurgie, électrocoagulation) et imiquimod

Schémas thérapeutiques des CAG externes guidés par les patients (d'après Monsonego⁽⁴⁾) :



2) CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE

La grossesse, qui est à elle-seule un facteur de risque d'apparition des condylomes, pose le soucis la transmission materno-fœtal du papillomavirus. De plus, les bilans, la prise en charge et les traitements sont différents, parfois limité dans ce cas.

2.1 Femme enceinte et condylome

Tout d'abord il faut noter que la grossesse est, pour certaines patientes qui n'ont pas l'habitude de consulter, un passage obligé chez un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste. Ceci permet de dépister plus précocement les lésions à HPV. A noter que ce virus est présent dans 15 à 31 % des cas dans les sécrétions génitales de femmes enceintes ⁽¹⁵⁾.

Les condylomatoses acuminées ano-génitales externes constituent une pathologie non rare de la femme enceinte puisque sa prévalence est évaluée entre 0,5 et 5 % selon les auteurs ⁽¹⁶⁾.

Nous pouvons l'expliquer pour deux raisons :

- la grossesse, par l'inondation hormonale, induit un ectropion souvent important avec extériorisation de la jonction et un état inflammatoire.
- un certain degré d'immunodépression, secondaire à l'inhibition de l'immunité cellulaire sous l'action de la progestérone.

Ces deux éléments rendent le col vulnérable à l'action des virus à HPV. On observe donc :

- une augmentation des lésions virales pendant la grossesse, puisqu'on passe d'une incidence de 21 % au premier trimestre à une incidence de 41 % au troisième trimestre (contre une incidence de 17 % dans le post-partum ⁽¹⁵⁾).
- une augmentation des récurrences virales.

Concernant les conséquences maternelles : elles sont rares et surtout liées à l'importance des condylomes : surinfection locale, dysurie, trouble de la défécation, fragilité des tissus des périnéaux et leur prolifération peut entraîner une obstruction de la filière génitale. Les conséquences pour le fœtus sont également très rares et le plus souvent liées à la surinfection bactérienne : fausses couches, morts fœtales in utero, rupture

prématurée des membranes, chorioamniotites ou une contamination lors de l'accouchement (ceci sera développé dans le paragraphe suivant).

2.2 La transmission verticale du virus HPV

Nous savons que le virus HPV se transmet sexuellement mais il existe d'autres transmissions : la transmission horizontale de certains membres de la famille à d'autres, et la transmission verticale des parents aux enfants.

Cette dernière peut être expliquée par de nombreuses hypothèses : tout d'abord lors du passage dans la filière génitale maternelle, ou lors d'une infection ascendante, particulièrement lors de la rupture prématurée des membranes. In utero la transmission peut être causée par une infection de la filière génitale (éventuellement contaminée par le sperme lors de la fécondation) ou de manière transplacentaire⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Smith et al. ont démontré que le taux de transmission de l'ADN HPV n'était que de 1% chez les nouveaux-nés⁽¹⁸⁾. Tseng, lors d'une étude sur 68 femmes porteuses d'HPV en Polymerase Chain Reaction (PCR), a montré que le portage néonatal d'HPV était un peu moins important après césarienne par rapport à une naissance par les voies naturelles. Cependant le bénéfice d'une telle césarienne sur transmission est mince (une contamination transplacentaire anténatale étant possible). La césarienne prophylactique doit rester exceptionnelle. Elle ne sera retenue que dans les formes florides majeures découvertes à terme, non traitées ou récidivantes, représentant un risque pour le nouveau-né ou un obstacle praevia voire un risque hémorragique maternel et une dyscinésie cervicale.

Cette contamination peut entraîner chez le nouveau-né :

- Une papillomatose laryngée juvénile résultant probablement d'une infection transmise de la mère à l'enfant par inhalation des HPV au cours de l'accouchement lors du passage du fœtus à travers la filière génitale maternelle infectée. C'est une tumeur bénigne du larynx, de la trachée et des cordes vocales qui peut affecter tant les adultes que les enfants.

L'incidence est comprise entre 0,12 et 2,1 cas pour 100 000 enfants de moins de 18 ans aux USA [Reeves 2003]⁽³⁾. Selon une autre étude qui a analysé systématiquement par PCR le liquide gastrique de la naissance a montré la présence d'HPV dans 40% des cas. Cependant la fréquence de cette complication est faible, de l'ordre de 1/1500⁽¹⁹⁾. Pour

Shah et al seulement 1% des enfants de mère infectée développent une papillomatose (20).

Cependant Puranen et al ont montré que ces enfants ne développaient pas systématiquement de papillomatose et que celle-ci peut survenir en l'absence de tout symptôme ou lésion papillomateuse chez la mère (21).

L'aspiration gastrique systématique n'a donc pas d'intérêt ici. Cette affection apparaît le plus souvent avant 5 ans (22-23). Elle est parfois asymptomatique mais peut provoquer des troubles fonctionnels avec modifications du cri/de la voix, d'une toux chronique ou un stridor car il peut exister une atteinte du pharynx, de la trachée et des poumons. Actuellement le protocole thérapeutique associe une destruction des papillomes au laser et l'injection locale d'antiviraux Aciclovir, Ribavirin, Cidofovir. Les risques de récurrence sont très fréquents. La dyspnée, comme l'insuffisance respiratoire sont rares.



Figure 4 : Papillomatose laryngée avant laser(24).



Figure 5 : Papillomatose laryngée après laser(24).

- Des condylomes lors d'une contamination transplacentaire ou lors d'une hétérocontamination (voire autocontamination à partir de verrues cutanées dans l'enfance). Bien qu'une transmission lors du partage du lit ou du bain avec un tiers

porteur de condylome ou un objet souillé puissent être possible, un abus sexuel devra toujours être recherché.

2.3 Diagnostic et bilan durant la grossesse

L'interrogatoire, ainsi que la recherche de facteurs de risque sont toujours nécessaires et le diagnostic reste avant tout clinique. L'examen au spéculum est possible. Un frottis doit être réalisé quand on est en présence d'une atteinte vulvaire et ceci même en l'absence de lésions cervicales.

En effet l'extériorisation de la zone de jonction, observable sur plus de 50% des cols gravides, favorise les prélèvements cytologiques⁽²⁵⁾. Mais l'exposition de la muqueuse glandulaire à des traumatismes ou à une inflammation provoque une augmentation des mécanismes de réparation (métaplasie malpighienne). L'exposition des cellules cylindriques (endocervicales) au pH vaginal acide conduit à une métaplasie squameuse qui peut parfois être interprétée comme une dysplasie. D'autre part, l'hypermécanisation du col de l'utérus au cours de la grossesse favorise des phénomènes hémorragiques lors des prélèvements. Ceux-ci sont rapidement jugulés par le tamponnement. La présence de cellules trophoblastiques peut également être à l'origine d'ambiguïtés dans l'interprétation du frottis. Il est donc impératif de préciser l'état grévde de la patiente sur le bon de demande d'examen. La fréquence des anomalies cytologiques au cours de la grossesse est estimée à 5%⁽¹⁴⁾. La performance du frottis pendant la grossesse est tout à fait acceptable⁽²⁶⁾, il présente le même taux de sous évaluation (20,5 %) ou de surestimation (24 %), qu'en dehors de la grossesse⁽²⁷⁾. Le taux de faux négatifs ne semble pas être modifié par l'état grévde. En revanche, le taux de faux positifs (bien que rares), semble légèrement augmenté pendant la grossesse du fait de l'hyperplasie des couches basales. La concordance entre la cytologie et le résultat histologique final est de 58 % à 86 %⁽²⁸⁾.

Les lésions de bas grade sont très souvent de bons pronostics chez la femme enceinte⁽²⁹⁾. Un examen colposcopique ne doit pas être systématique dans ce cas. Il peut être réalisé en cours de la grossesse, mais il faut reconnaître que ce n'est pas le meilleur moment pour réaliser cette exploration⁽³⁰⁾. Il n'est pas raisonnable de proposer cet examen de façon systématique au cours de la grossesse. Même si celle-ci représente un moment privilégié chez les patientes qui ne consultent pas régulièrement. Contrairement au frottis de col qui doit être réalisé s'il n'y a pas eu de surveillance cytologique avant la

grossesse ou si le dernier frottis de col remonte à plus de trois ans. La coloscopie reste importante à réaliser et garde toute sa valeur diagnostic devant une dysplasie de haut grade. Réalisée au premier trimestre de la grossesse elle ne présente le plus souvent aucune particularité. En revanche, après le premier trimestre, la fragilité et la possibilité de lésions traumatiques hémorragiques associées à l'hyperproduction de mucus et à la difficulté à l'enlever peuvent augmenter la difficulté d'évaluation. A noter, si cette exploration est réalisée en fin de grossesse, il est conseillé de placer la femme en décubitus latéral pour éviter l'effet « poseiro ».

Concernant la coloscopie, la tendance est à la surévaluation, mais quand on considère les formes les plus sévères ayant nécessité une conisation voire une hystérectomie dans le post partum, il n'y a que 2,8 % de sous évaluation ⁽²⁷⁾.

On note que la concordance entre le diagnostic histologique obtenu par biopsie et le diagnostic final est totale dans 83,7 % des cas. Lors de l'étude de Baldauf on a relevé une surestimation à 17,6 % et une sous estimation à 9,8 % ⁽²⁷⁾.

Il est essentiel de bien sensibiliser la patiente à l'importance de la coloscopie puisqu'il est important d'en réaliser une deux mois après l'accouchement lorsqu'elle présente des condylomes ⁽²⁷⁾. En effet l'expérience montre que 30 % des femmes ne sont pas revues après l'accouchement⁽³¹⁾.

Les biopsies ne sont pas toujours indispensables, mais dans la perspective d'exclure une pathologie invasive, il faut qu'elles soient informatives. Elles ne posent des problèmes hémorragiques que dans 0,6 à 5% des cas selon les auteurs, pendant la grossesse, pouvant conduire exceptionnellement à un travail prématuré ⁽²⁷⁻³¹⁾. Un tamponnement prolongé est souvent suffisant ou éventuellement la pose d'un point pour limiter ce risque.

2.4 Traitements durant la grossesse

La grossesse favorise le caractère extensif et multifocal des lésions. Cependant, dans le post-partum, les lésions cervicales de bas grade régressent le plus souvent (70,9 % après accouchement voie basse et 63,1 % après césarienne). Les lésions de haut grade s'aggravent rarement pendant la grossesse ⁽²⁷⁾.

Il faut savoir que lors de la grossesse, l'objectif est de réduire au maximum l'importance des lésions pour limiter le risque de transmission mère/enfant et éviter une césarienne préventive. Ce traitement ne constitue pas une urgence sauf si la patiente est à terme.

Toute manœuvre instrumentale est à éviter. Par contre il est possible d'agir sur les facteurs de risque, avec l'arrêt du tabac par exemple, le traitement des infections sexuellement transmissibles, et conseiller des rapports protégés (même si non efficace à 100 %).

2.4.1 Au premier et deuxième trimestre

Au cours des deux premiers trimestres, on essayera l'imiquimod (qui n'a pas l'autorisation de mise sur le marché pendant la grossesse mais n'est contre-indiqué) qui donne de bons résultats à condition que l'application soit prolongée (3 mois). Il n'y a pas d'étude contrôlée fiable chez la femme enceinte et le bénéfice potentiel doit être mis en balance avec les risques encourus. L'Aldara[®] ne s'est pas révélé mutagène ni tératogène dans les études réalisées chez le rat ou le lapin ⁽¹⁶⁾.

La cryothérapie peut être utilisée préférentiellement pour les lésions situées sur le versant cutané. Cependant avec l'électrocoagulation et l'exérèse chirurgicale, elle n'est utilisée que pour des lésions de petite taille mais est souvent source de surinfections locales et de récurrences fréquentes.

2.4.2 Au troisième trimestre

Au troisième trimestre, le traitement doit permettre dans un temps relativement court d'éliminer la quasi-totalité des condylomes.

La vaporisation au laser trouve ici toute sa place. Elle permet, souvent, en une seule séance, sous anesthésie générale ou rachianesthésie (pour les lésions florides, multifocales ou au niveau de la sphère périnéo-anale) ou locale (pour les lésions vulvaires ou vaginales), de détruire toutes les lésions visibles. C'est une technique précise et efficace recommandée par de nombreux auteurs ⁽¹⁶⁾. On a démontré un taux nettement plus bas de récurrences (comparé à d'autres thérapeutiques) après traitement au cours de la grossesse (5% versus 33 %) ⁽³¹⁾. La période qui semble la plus appropriée, pour certains auteurs, se situe entre la 28^{ième} et la 32^{ième} SA. En effet, cet âge gestationnel laisse le temps pour une bonne cicatrisation avant l'accouchement et permet d'effectuer une deuxième séance (1 mois après) si nécessaire en cas de lésions trop importantes ou de récurrence. Pour d'autres auteurs, le troisième trimestre reste la période idéale car il existe 20% de régression spontanée ⁽²⁰⁾ et que les récurrences sont fréquentes à ce moment de la grossesse. Pour Wassenbacher, attendre le stade de maturité foetale permet d'éviter un accouchement prématuré secondaire au traitement

(rare) ⁽¹⁶⁾. La vaporisation au laser CO₂ constitue un moyen thérapeutique précis, bien toléré et sans risque majeur de complications materno-fœtales⁽³²⁾.

L'acide trichloracétique à 80 % peut être appliqué sur toutes les lésions isolées dont la surface est inférieure à 5 cm². Cette application sera répétée 1 à 2 fois par semaine pendant 3 semaines au maximum ⁽¹⁶⁾. Les résultats sont satisfaisants (le taux de régression est de 20 à 30% après la première application) surtout si ce produit est utilisé sur des petites lésions sur le versant muqueux au cours de la 2^{ème} moitié de la grossesse. Les autres traitements chimiques (le 5FU, la podophylotoxine) sont contre-indiqués du fait de leur tératogénicité et de leur toxicité potentielle maternelle par hyper-absorption. Et l'interféron ne peut être employé du fait de l'insuffisance du système immunitaire liée à l'état gravidique.

En conclusion, pendant la grossesse le dépistage cytologique peut et doit être réalisé, les performances du frottis étant satisfaisantes. L'évaluation de la lésion cervicale repose sur le trépied cytologie-colposcopie-histologie, mais la colposcopie doit être réalisée par un praticien habitué aux particularités du col gravide. A noter qu'il est possible d'agir sur les facteurs de l'hôte : arrêt du tabac, traitement des IST, rapports protégés.

PARTIE 2 : L'ETUDE

1)NOTRE ETUDE

Dans cette seconde partie du mémoire, nous nous sommes interrogés sur la prise en charge effective lors de l'association condylome et grossesse. Nous avons donc effectué un recensement des patientes concernées et mis en place une grille de recueil reprenant les recommandations de plusieurs auteurs.

1.1 Objectifs de l'étude

Avec cette étude nous voulions comparer les pratiques cliniques lorraines à la revue de la littérature.

Notre objectif était cibler les informations à recueillir, les examens à prescrire et les traitements à mettre en œuvre dans ce cas. Il s'agissait d'en déduire la place de la sage-femme dans cette prise en charge.

1.2 Caractéristique de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective sur 6 mois (du 15 Mars au 15 Septembre 2009) dans les trois principaux centres de Lorraine (Maternité Régionale de Nancy, Hôpital Maternité Sainte-Croix de Metz et Centre Hospitalier Régional Bel-Air de Thionville). Le but était de collecter un maximum de cas cliniques pour évaluer au mieux l'incidence de l'association condylomatose vulvo-vagino-périnéale et grossesse, et les pratiques professionnelles.

1.3 Matériel et méthode

1.3.1 Type d'étude et modalité

Une étude rétrospective était impossible selon le Département d'Information Médicale (DIM) car les condylomatoses ne sont pas cotées. Le mémoire devant être rédigé sur une période de un an et face à une prévalence faible de l'association condylomatose et grossesse, nous avons effectué une étude prospective sur 6 mois, non randomisée, observationnelle dans 3 centres différents. Nous avons recruté les dossiers de patientes ayant présenté une condylomatose pendant la grossesse en salle des naissances et en secteur post-césarienne ; ainsi nous n'influencions pas sur les conduites à tenir des professionnels en anténatal.

Nous avons inclus dans l'étude toute femme accouchant entre le 15 Mars et le 15 septembre ayant présenté une condylomatose vulvo-vaginale et/ou périnéale au cours de la grossesse (sous condition que la patiente ait signé le formulaire de consentement). Et nous avons établi comme critères d'exclusion : les dysplasies de col isolées, les fausses couches.

Pour omettre le moins de dossiers possibles, nous avons recherché auprès du D.I.M. les dossiers obstétricaux de patientes accouchées contenant les cotations « laser et grossesse » pendant la période déjà définie.

1.3.2 Description des données collectées

Comme expliqué précédemment le critère de jugement a été la découverte chez une patiente lors de sa grossesse d'une condylomatose vulvo-vaginale et/ou périnéale. Un formulaire de consentement a été signé par la patiente pour nous permettre de recueillir ultérieurement les données anonymisée.

Le recueil s'est fait selon une grille établie d'après les critères de jugement de la littérature. Les données collectées dans les dossiers médicaux concernent :

- Les critères généraux : l'âge de la patiente, sa gestité, sa parité et le consultant (médecin ou sage-femme).
- Les antécédents personnels gynécologiques : antécédent de frottis anormal, de condylomes, (laser, cryothérapie) ...
- La présence de la date du dernier frottis de la patiente et son résultat.
- La réalisation d'un frottis au cours de la grossesse si la date du dernier frottis est inconnue, supérieure à trois ans ou si le résultat de ce dernier frottis se révélait anormal.
- La présence de facteur de risque connus : le tabac, les IST...

1.4 Accès aux dossiers médicaux

L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Autorisation de Docteur Routiot Gynécologue Obstétricien afin de pouvoir consulter les dossiers médicaux de la Maternité.
- Dépôt d'une demande d'accès aux dossiers médicaux à été effectuée et obtenue auprès du DIM de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, de l'Hôpital Maternité de Sainte-Croix à Metz et du C.H.R. Bel-Air à Thionville. Concernant les maternités

extérieures, la demande et le recueil de données ont été effectués par des internes en stages sur place.

2) LES RESULTATS

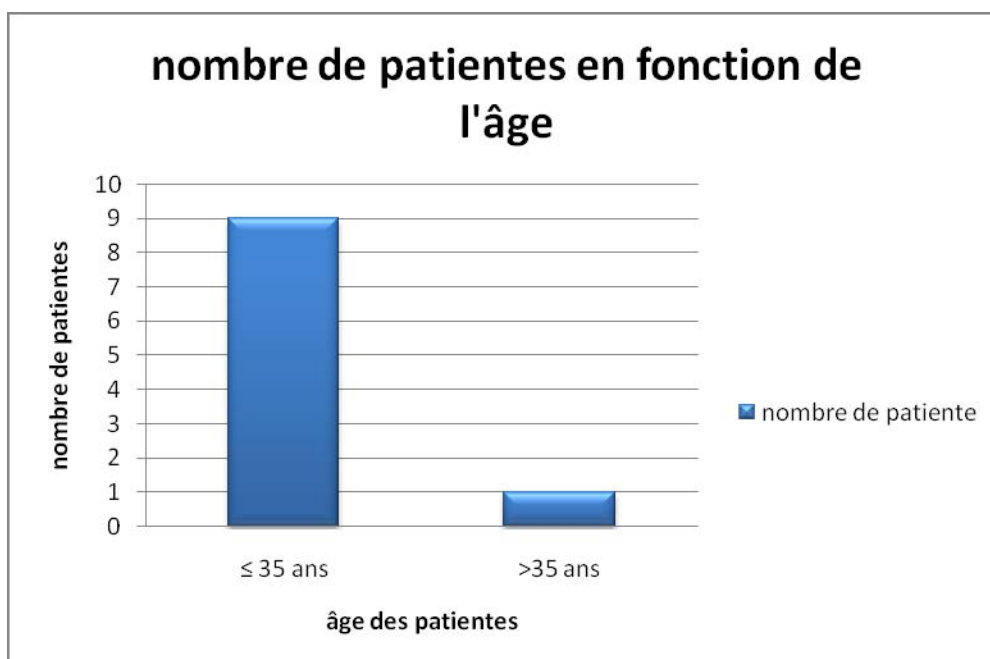
Nous avons recruté 10 dossiers (sur 4181 accouchées) pendant la période donnée :

- 1 dossier du C.H.R. Bel-Air à Thionville.
- 3 dossiers de l'Hôpital Maternité de Sainte-Croix à Metz.
- 6 dossiers de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

2.1 Les facteurs de risque et l'anamnèse

2.1.1 L'âge des patientes

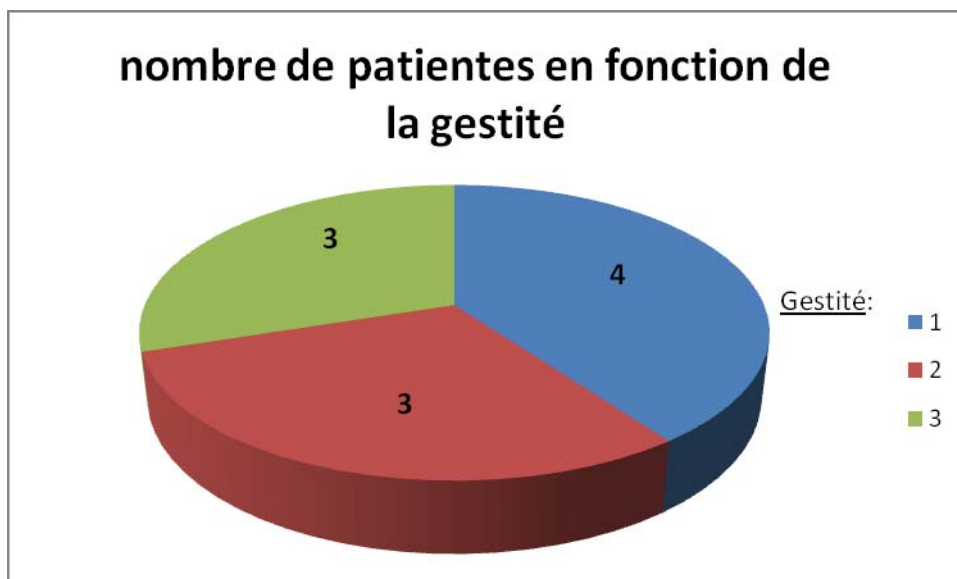
Nous avons défini deux classes d'âge, la première (≤ 35 ans) étant celle où le taux d'infections les plus importants sont retrouvés dans la littérature.



Il y a 9 patientes sur 10 qui font partie de la classe d'âge la plus à risque. A noter que parmi notre échantillon trois patientes avaient 25 ans ou moins, période pendant laquelle la prévalence de l'infection est la plus importante dans la vie d'une femme (16,9 % selon la littérature).

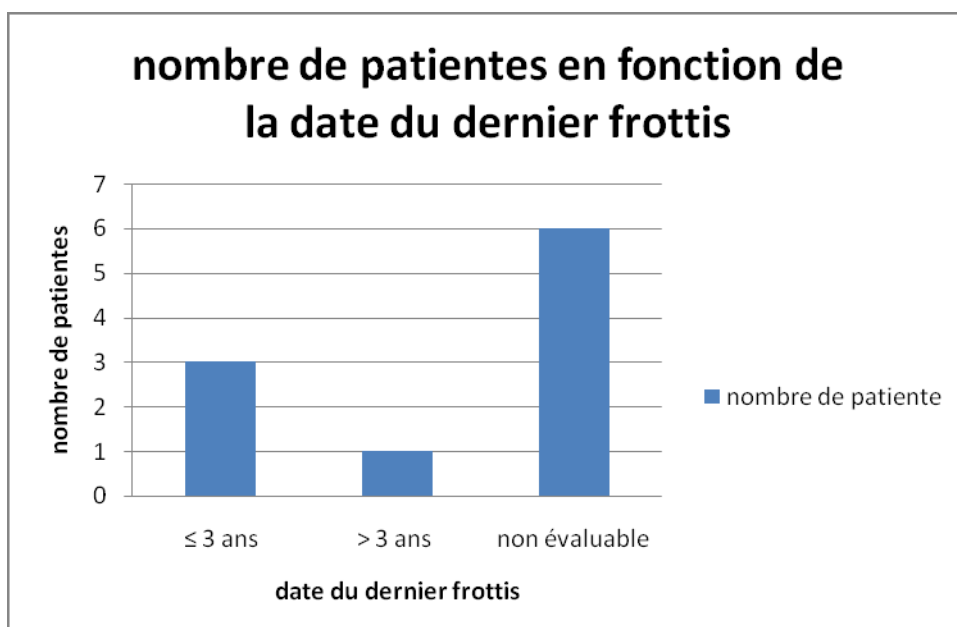
2.1.2 La gestité

Nous avons vu que plus la gestité (et la parité) sont importantes plus le risque de condylomatose était élevé.



Dans notre étude, nous n'avons pas pu comparer le nombre de grossesse en fonction de l'âge du premier rapport, ou encore du nombre de partenaires sexuels ce qui explique que l'on retrouve sensiblement autant de primigestes (nullipares devenues primipares) que de multigestes (multipares).

2.1.3 Date du dernier frottis



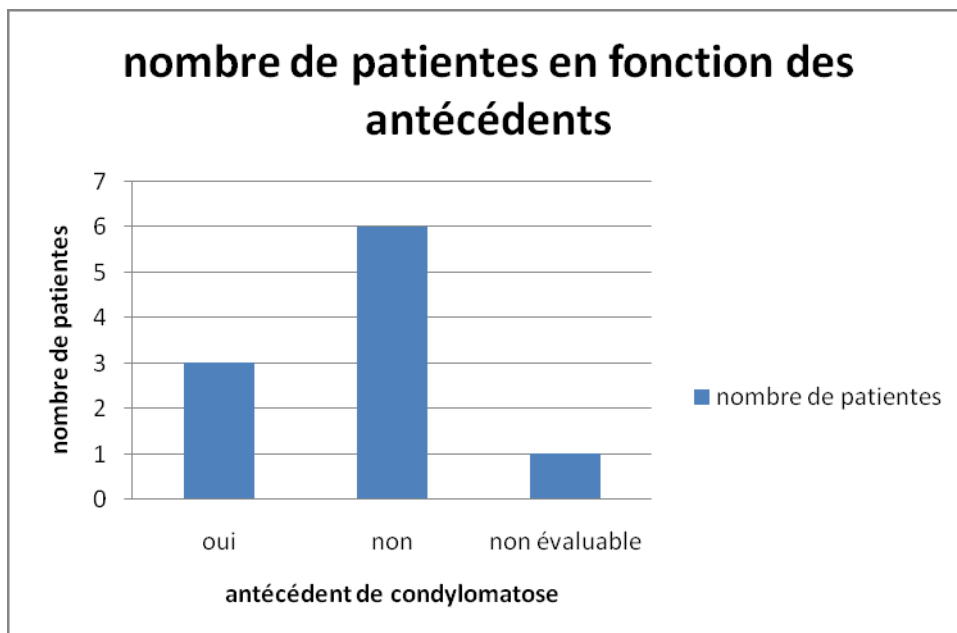
Concernant les 4 patientes pour lesquelles on connaît la date du dernier frottis :

- 2 ont un frottis anormal.
- 1 a un frottis normal.

- 1 n'a pas de résultat connu.

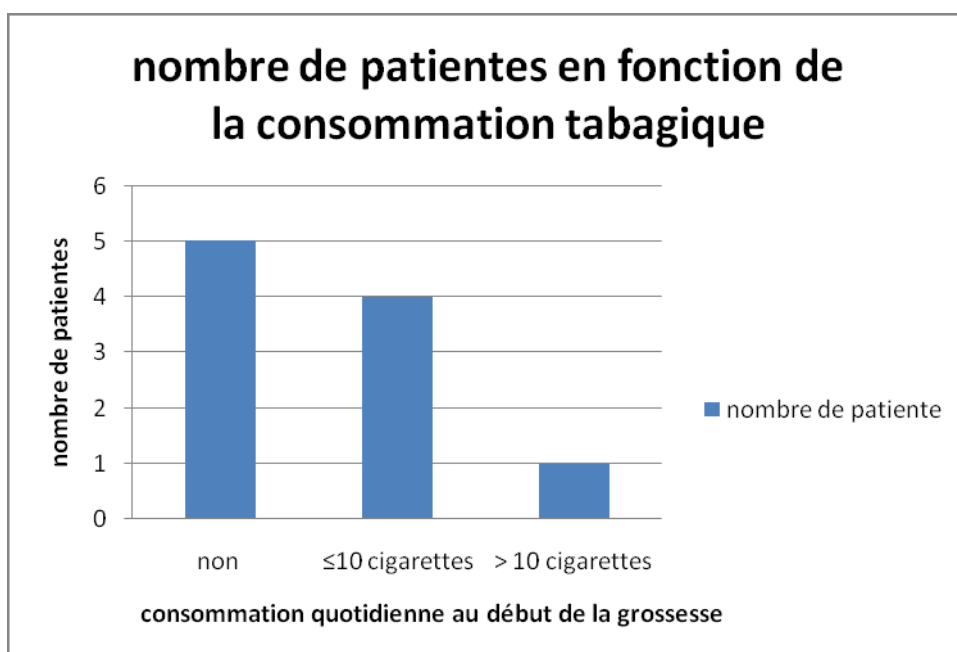
De plus, les 2 patientes présentant un frottis anormal, ont eu un test HPV positif (elles sont les seules dans notre étude à avoir eu ce test).

2.1.4 Antécédent de condylomatose



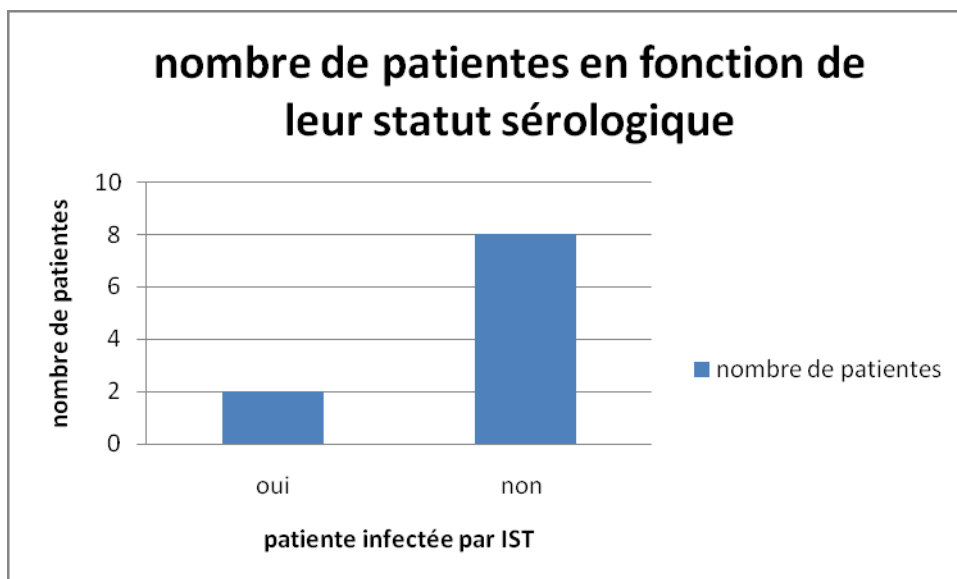
Deux patientes sur les trois concernées par des antécédents de condylomatose ont eu des lésions qui précédaient le début de la grossesse.

2.1.5 Le tabac



A noter qu'une patiente sur les cinq a arrêté sa consommation tabagique durant la grossesse.

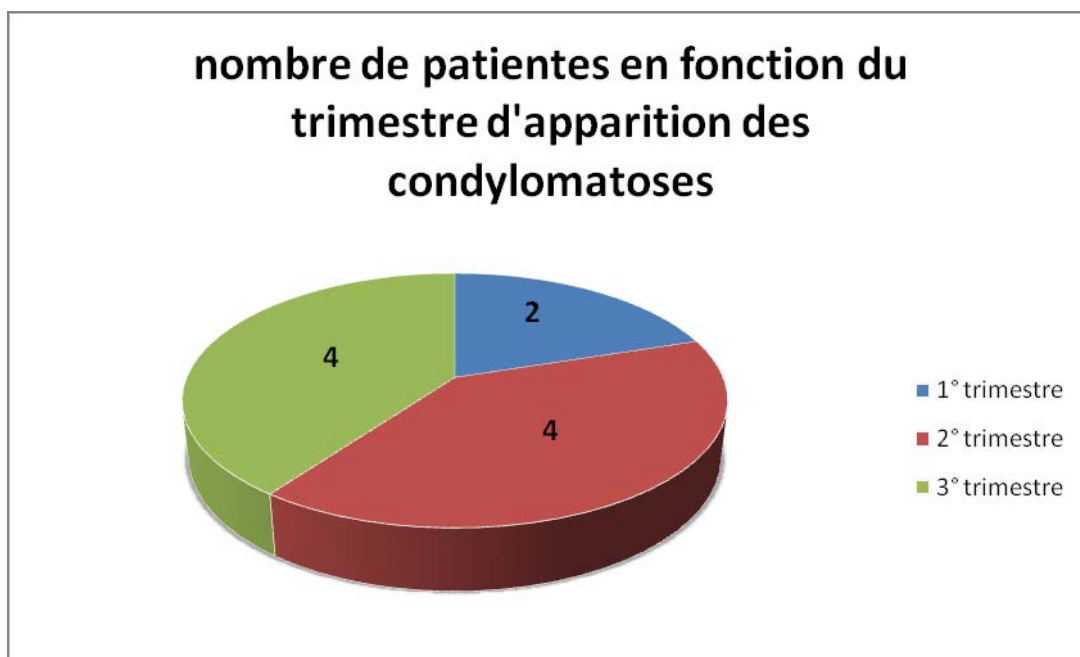
2.1.6 Les IST et immunodépression



Une patiente présentait une co-infection VIH et hépatite C, la deuxième une infection à VIH. Les deux étaient donc atteintes d'une immunodépression antérieure à la grossesse.

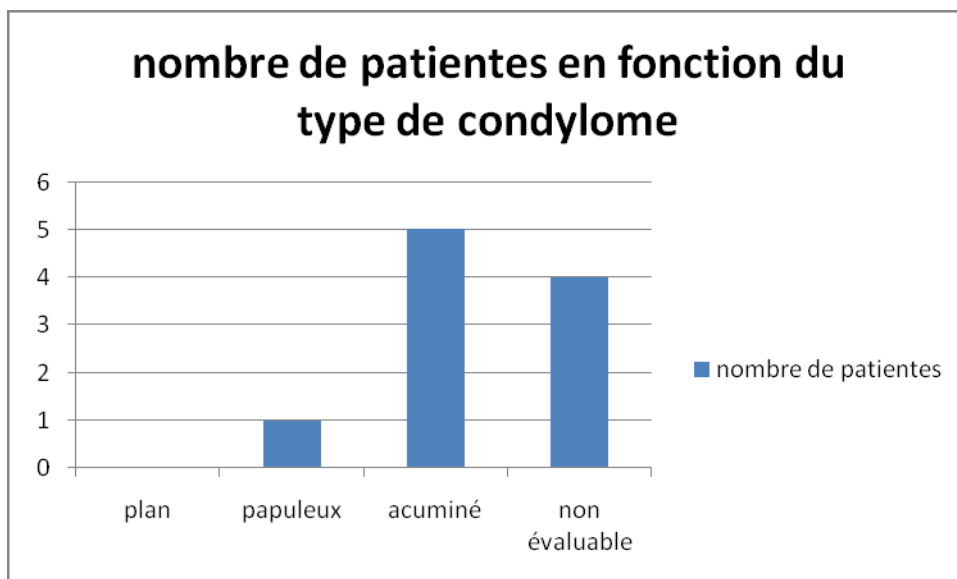
2.2 La grossesse

2.2.1 Date d'apparition durant la grossesse



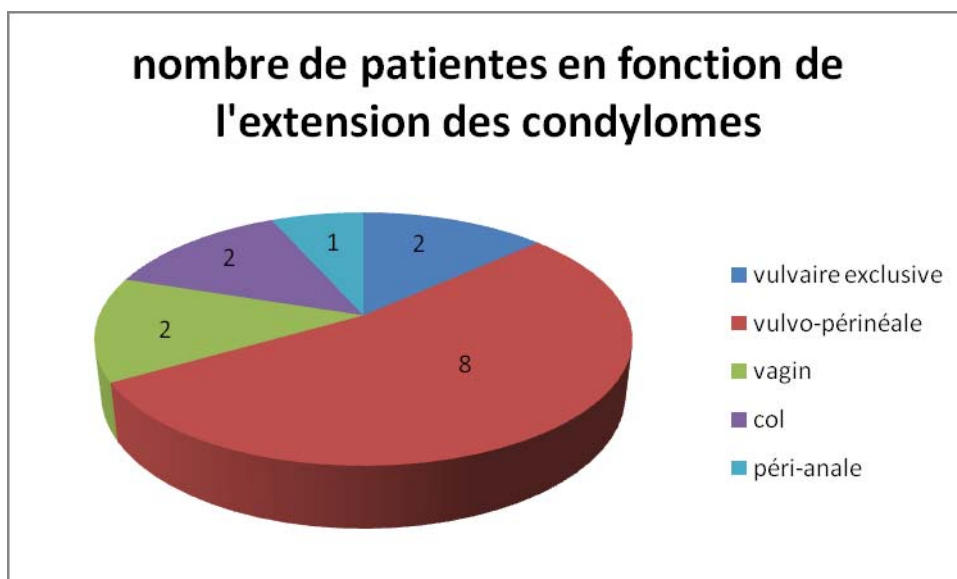
Il y a eu aggravation pendant la grossesse, au troisième trimestre, chez 3 patientes (une dont la date d'apparition était au premier trimestre et deux au deuxième trimestre).

2.2.2 Les condylomes



Concernant la topographie de ces différentes lésions (qui dans 2 cas étaient non évaluable), nous avons retrouvé des condylomes :

- isolés chez 3 patientes.
- confluent chez 1 patiente.
- étendus chez 4 patientes.



A préciser qu'il existe des extensions qui s'associent pour 4 patientes :

- Une : vulvo-périnéale et péri-anale
- Une : vulvo-périnéale, vaginale et au niveau du col
- Deux : vulvo-périnéale et vaginal

2.2.3 Le dépistage des IST

Du fait de la grossesse le dépistage de certaines sérologiques obligatoire (syphilis, antigène HBs) ou obligatoirement proposées (hépatite C et VIH). Les IST comprennent aussi gonococcie, chlamydiae et mycoplasme. Le dépistage de ces 3 dernières infections n'a jamais été réalisé chez les patientes dans notre étude.

2.2.4 Examens réalisés pendant la grossesse

Seules deux patientes ont bénéficié d'un frottis pendant la grossesse : l'une dont les condylomes sont apparus à 11 semaines d'aménorrhées (SA), l'autre dont le col de l'utérus a subi des modifications brutales en concordance avec la survenue des condylomes (patiente qui a d'ailleurs eu une biopsie, la seule dans notre étude).

Aucune colposcopie, ni conisation, ni anoscopie n'ont été réalisées durant la grossesse dans notre étude. De plus, nous n'avons pu évaluer si l'examen du partenaire a été proposé voire même effectué.

2.2.5 Les traitements

Nous avons différencié les traitements en fonction de la date d'apparition au cours de la grossesse.

* Au premier trimestre :

L'une des patientes a été traitée par laser CO₂ seulement (réalisé seulement le trimestre suivant). Pour la seconde patiente dans un premier temps les lésions étaient surveillées puis dès le deuxième trimestre un traitement par l'Aldara® et laser a été débuté.

* Au deuxième trimestre :

La vaporisation laser a concerné 3 patientes (pour l'une la surveillance a été la première intention). Pour la quatrième patiente, le suivi des lésions a suffi.

* Au troisième trimestre :

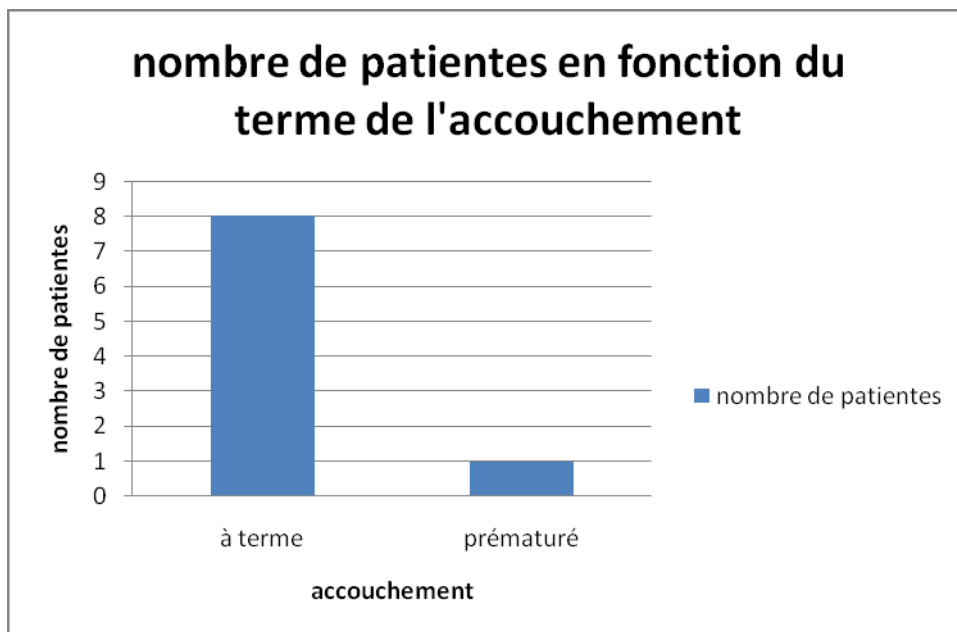
Trois patientes ont été traitées par laser CO₂ et une par de l'Aldara® couplé à la surveillance.

2.2.6 Le suivi de la grossesse

Huit patientes ont consulté un médecin tout au long de leur grossesse. Une patiente a été suivie par une sage-femme puis un médecin dès la suspicion de condylomatose. La dernière a effectué ses consultations auprès d'une sage-femme pendant toute sa grossesse (un avis médical a été demandé ponctuellement).

2.3 L'accouchement

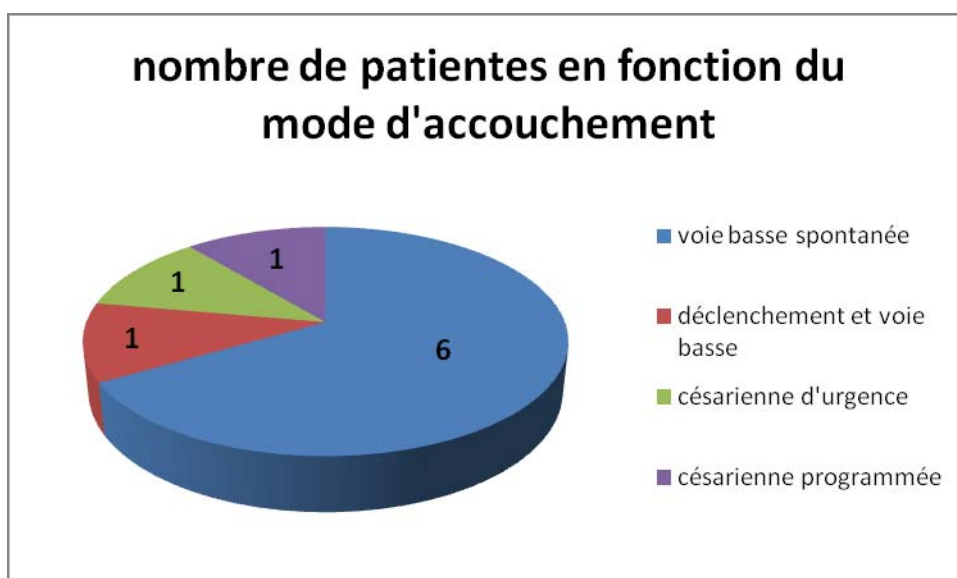
2.3.1 Le terme



Une patiente n'a pas accouché dans les maternités de l'étude.

La patiente qui a accouché prématurément a présenté une rupture prématurée des membranes à 36 SA+ 1 jour. Elle a été déclenchée afin de limiter la contamination qui peut avoir lieu dans ce contexte et limiter une possible infection à HPV.

2.3.2 Le mode d'accouchement



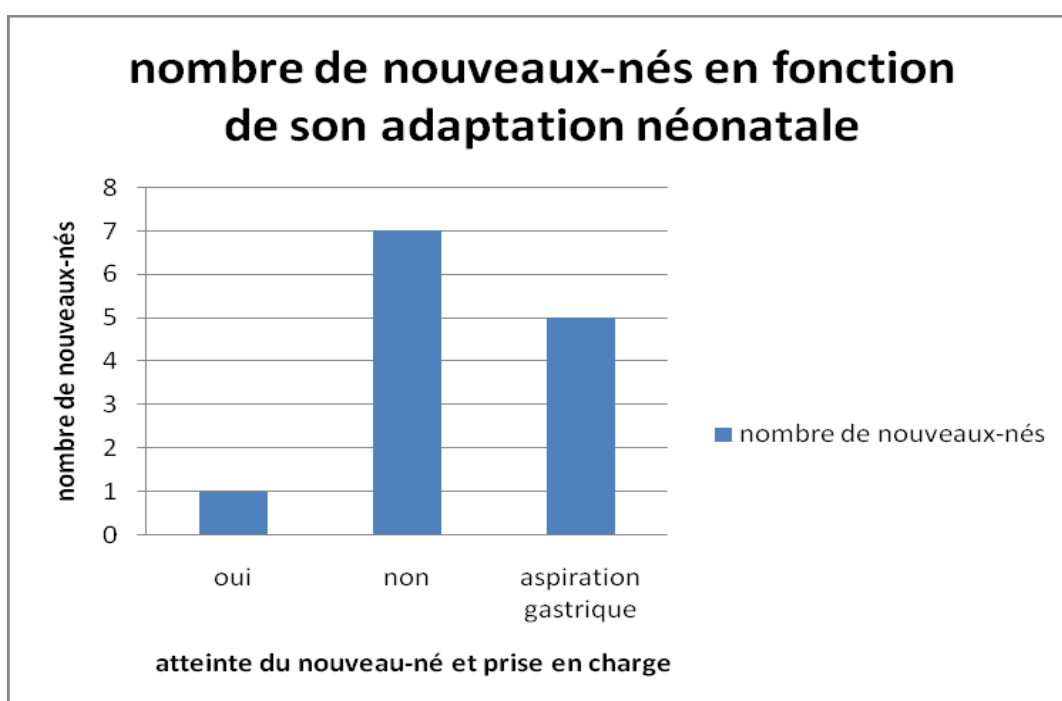
La césarienne programmée avait comme indication les condylomes ; celle en urgence, siège et travail spontané.

Une épisiotomie a été réalisée chez 3 patientes (dont une pour laquelle s'est ajoutée une déchirure) mais l'incidence des condylomes sur le trajet est non évaluable.

Quatre patientes qui avaient été traitées par laser CO2 ont présenté une déchirure (vaginale pour trois d'entre elles et vulvaire pour la troisième). La vaporisation avait eu lieu au deuxième et troisième trimestre pour une patiente, au deuxième trimestre pour deux autres et au troisième trimestre pour la dernière.

Des complications ont eu lieu pour une seule patiente : il s'agissait d'une hémorragie de la délivrance à 500 millilitres qui a nécessité une révision utérine et un examen sous valve de la filière génitale.

2.3.3 Le nouveau-né



Un nouveau-né a présenté une complication néonatale : une détresse respiratoire. Les aspirations gastriques ont été réalisées pour des raisons liées au condition d'accouchement.

Dans aucun dossier n'était spécifié si le nouveau né avait une modification du cri, une toux ou une papillomatose juvénile.

2.4 Suite de couches et visite post-natale

Des complications infectieuses ont été retrouvées chez une seule patiente.

Cinq patientes, au moment du recueil des données n'avaient pas effectué leur consultation post-natale.

Sur les 4 dossiers restants, nous avons retrouvé une persistance stable des lésions pour deux patientes, une disparition totale dans un cas et pour le dernier rien n'a été précisé.

PARTIE 3 : DISCUSSION

La prévalence de condylome et grossesse étant de 0,5% nous savions que notre cohorte serait limitée. Ainsi en regroupant les trois maternités 4181 patientes ont accouché. Selon la littérature nous aurions dû avoir 20 patientes concernées par cette association. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- Tout d'abord un biais vis-à-vis du recrutement en salle des naissances et secteur post césarienne qui peut s'expliquer par un manque d'information des services ou un oubli des sages-femmes lors de leur pratique quotidienne.
- Comme nous l'avons vu, certains condylomes (tels que papuleux ou plans) sont plus difficiles à diagnostiquer. S'ils ne donnent pas de signes cliniques et que la filière génitale n'est pas examinée avec soin, ils peuvent ne pas être constaté et pris en charge par le soignant.

Cette faible cohorte était prévisible, mais notre objectif étant d'évaluer l'incidence de l'association condylomatose vulvo-vagino-périnéale et grossesse et les pratiques professionnelles, elle n'était pas un frein à notre étude. Afin d'obtenir des résultats plus représentatifs des patientes suivies dans les 3 maternités déjà citées, l'étude prospective va être poursuivie sur un an par Dr Routiot et Mademoiselle Perdriolle (interne en gynécologie obstétrique).

1) EVALUATION

1.1 Les données épidémiologiques

- Les premiers résultats de notre étude confirment que la population des femmes enceintes appartient à une population à risque de développer des condylomatoses⁽³³⁾ (figure 6). Ceci peut aussi s'expliquer du fait que de nos jours, en France, la moyenne d'âge pour une première grossesse est de 29 ans (INSEE – Institut National de la Statistique et des Etudes Economique).

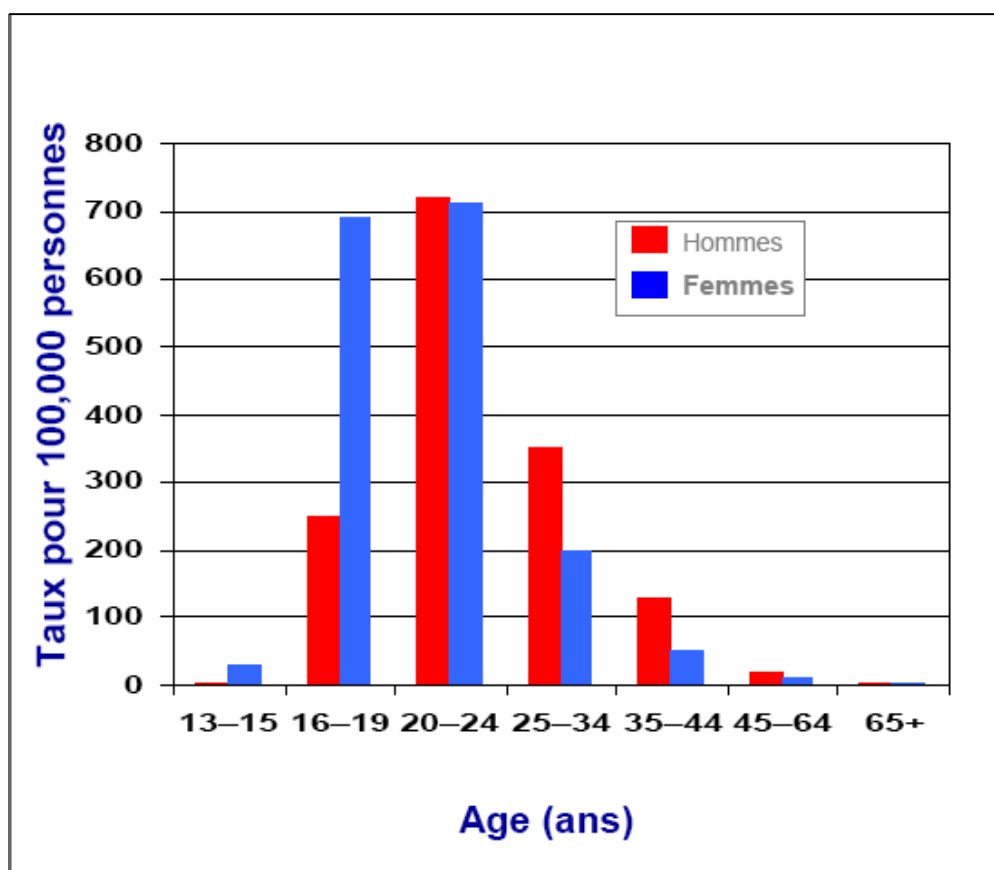


Figure 6 : Taux de diagnostic des verrues ano-génitales (première poussée) en médecine urogénitale en Angleterre et au Pays de Galles (2000)⁽³³⁾

- Dans la population étudiée, on note 5 patientes fumeuses. Nous savons que le tabac constitue à lui seul un facteur de risque important. Dans la littérature, il est rapporté qu'une femme fumeuse a 2 fois plus de risques de développer des lésions condylomateuses (et précancéreuses) qu'une femme non fumeuse⁽³⁴⁾.

-Date d'apparition pendant la grossesse : selon la littérature il existe une augmentation des lésions virales pendant la grossesse et une augmentation des récurrences virales. Dans notre recueil de patientes, seules deux étaient concernées par des condylomes au premier trimestre, 4 au deuxième trimestre et 4 au troisième trimestre.

A noter pour les 3 patientes qui avaient des antécédents de condylomatose : pour une les lésions sont apparues au premier trimestre et deux au deuxième trimestre. Ainsi l'incidence est plus élevée, sans antécédent, au dernier trimestre de la grossesse.

- Types de condylomes : dans notre étude sur les 6 dossiers où l'on avait notifié le type de condylome, 5 sont des condylomes acuminés. Ce sont les plus connus et les plus développés dans la littérature. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : ce sont des condylomes que la patiente peut repérer aisément (sous la douche, devant un miroir ...) et consulter. De plus quelque soit le praticien, il peut évaluer rapidement les lésions et orienter vers un dermatologue ou un gynécologue.

- L'extension des lésions : nous avons 8 patientes dont l'extension était vulvo-périnéale, des associations à des condylomes internes pour 3 patientes, péri-anale pour 1 patiente ; ce qui correspond à la littérature.

1.2 Evaluation de la prise en charge

- Le dépistage des IST : du fait de la grossesse le dépistage de la syphilis et de l'antigène HBs pendant la grossesse est obligatoire ; pour l'hépatite C et le VIH c'est obligatoirement proposé. Donc quelque soit la pathologie de la patiente, ces sérologies sont souvent toutes prescrites et ajoutées au dossier. Par contre les infections à gonococcie, mycoplasme et chlamydiae n'ont jamais recherché dans notre étude (à noter qu'en cas de menace d'accouchement prématuré, ces examens sont réalisés). La recherche des IST n'a donc jamais été complète.

- Concernant le dernier frottis réalisé, on retrouve cette notion dans 4 dossiers sur 10. Ces frottis dataient de moins de trois ans dans 3 cas et de plus de trois ans dans un cas. On retrouve le résultat de ce dernier frottis cervicovaginal dans 3 dossiers sur les 4. Compte tenu de la littérature, nous pouvons considérer que la prise en charge n'a pas été adéquate dans 5 cas.

Les prises en charges inadéquates sont constituées par l'absence de réalisation de frottis cervico-vaginal alors que la notion d'un frottis antérieur n'est pas connue et disponible dans le dossier, le délai supérieur à 3 ans ou le résultat précédant anormal.

Remarque : l'année dernière, une intervention s'était déroulée dans l'amphithéâtre du sous-sol de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy de 9h à 12h. Elle avait réuni les sages-femmes des consultations obstétricales, la promotion des étudiants sages-femmes de 4^{ème} année de formation ainsi que certaines étudiantes sages-femmes de 3^{ème} année de formation. Elle concernait l'uniformisation des pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus (et donc la réalisation du frottis cervico-vaginal).

Il nous faut tout de même préciser que cette intervention n'incluait qu'une partie des soignants de Nancy et que le nombre de cas dans notre étude est trop faible pour pouvoir conclure sur l'impact de cette formation. De plus seule deux patientes consultaient une sage-femme.

Il faut noter qu'aucune patiente de la population étudiée n'a été vaccinée contre certains types de virus HPV oncogènes. L'arrivée de ce vaccin étant encore trop récente pour concerner la population de femmes enceintes étudiée ici.

Pour les autres examens, tels que la colposcopie, la conisation ou l'anuscopie, nous pouvons considérer que la prise en charge a été adéquate. Une patiente a bénéficié d'une biopsie dans le cadre d'une apparition brutale et conjointe de condylomes et de modifications brutales du col de l'utérus.

- Les traitements :

Aucune des patientes, dont les lésions sont apparues au premier trimestre, n'a été traitée durant les 3 premiers mois de la grossesse mais après ce délai seulement.

Concernant les patientes traitées au deuxième trimestre, une vaporisation a été réalisée chez 5 femme, pour une la surveillance a suffit.

Au troisième trimestre, seule une patiente sur les 4 n'a pas bénéficié d'un traitement par laser CO₂ mais d'une application d'Aldara®.

Selon la littérature, nous pouvons considérer que la prise en charge thérapeutique a été adéquate dans notre étude.

L'accouchement prématuré secondaire au traitement laser (rare) n'a concerné aucune femme enceinte.

- Le partenaire : nous n'avons jamais retrouvé si le partenaire avait été examiné (ou si lui-même a été contaminé). Or nous savons que le risque de transmission du virus par une personne porteuse de condylomes est d'environ 70 à 85 % en l'absence de protection et que le préservatif n'est pas une protection absolue. Il est important que chaque partenaire ne se réinfecte pas, ils doivent donc être examinés avec attention et traités si besoin.

1.3 L'accouchement

- Une femme a été perdue de vue juste après le traitement. Une patiente a présenté une rupture prématuré des membranes qui a aboutit à un accouchement à 36 SA et 1 jour, les 8 autres ont accouché à terme.

- La présence de condylome a interféré le mode d'accouchement (mais pas le terme) chez une seule patiente seulement. Selon la littérature, la césarienne prophylactique doit rester exceptionnelle. Elle ne sera retenue que dans les formes florides majeures découvertes à terme, non traitées ou récidivantes, représentant un risque pour le nouveau-né ou un obstacle praevia voire un risque hémorragique maternel et une dyscinésie cervicale. Dans notre étude, la patiente était immunodéprimée, elle présentait des condylomes étendus au niveau vulvo-périnéal et vaginal découvert un peu plus d'un mois avant la césarienne ; ce qui correspond parfaitement aux critères développés.

- Le périnée : il nous est difficile d'évaluer si les déchirures et les épisiotomies réalisées sont directement liées à la présence de condylomes (même si l'on sait qu'il fragilise les tissus) et de leur traitement. En effet, dans notre échantillon 4 patientes sont primigestes, donc plus à risque de déchirure ou d'épisiotomie. De plus, nous ne connaissons pas le poids des nouveaux-nés (sont-ils eutrophes, macrosomes ?), nous ne savons pas s'il y a eu une extraction instrumentale (pour souffrance fœtale par exemple), si la femme est sportive (ce qui induit un plancher pelvien plus tonique) et nous n'avons pas de pourcentage dans population non atteinte par des condylomes pour comparer nos lésions de la filière génitale.

- L'épisiotomie : dans aucun dossier de notre étude n'était spécifié si le trajet l'épisiotomie a été modifié par les condylomes. Du fait de la plus grande fragilité des tissus (lié aux condylomes, au caractéristique propre de la patiente), des déchirures peuvent se créer autour ou sur les lésions. Le risque premier est l'hémorragie (de même pour l'épisiotomie) puis la surinfection.

- Des complications ont eu lieu dans un seul cas : hémorragie de la délivrance à 500 millilitres chez une patiente (troisième geste) chez qui on a réalisé une épisiotomie et qui a présenté une déchirure vaginale. La littérature ne développe pas de corrélation directe entre cette complication et les condylomes. D'ailleurs nous n'avons pas les éléments nécessaires pour conclure car nous ne connaissons pas les antécédents thrombo-emboliques de la patiente, les antécédents d'hémorragie de la délivrance, si il y a obésité maternelle, surdistension utérine (gros fœtus, hydramnios) etc....

1.4 Le nouveau-né

Que ce soit à la naissance ou en secteur mère-enfant, le suivi clinique d'une probable atteinte néonatale (modification du cri, une toux, un stridor...) n'est pas évaluable. Dans notre étude, un nouveau-né présentait une détresse respiratoire (complication décrite dans la littérature).

Dans notre étude nous ne pouvons pas faire un lien entre l'adaptation cardio-respiratoire à la naissance et une contamination par l'HPV, car d'autres paramètres peuvent entrer en compte (atrésie des choanes, cardiopathie, hernie diaphragmatique...) qui ne sont pas précisés dans notre grille de recueil.

Il serait important de préciser dans le dossier lors des suites de couches si une atteinte néonatale est recherchée, de déterminer si elle est négative ou positive, avec appel du pédiatre en cas de suspicion ou de doute. Il faut tout de même veiller à ne pas inquiéter inutilement la patiente car les complications sont rares (rappelons que la fréquence de papillomatose laryngée est faible, de l'ordre de 1/1500⁽¹⁹⁾) mais il ne faut pas pour autant négliger la possibilité d'une contamination.

L'aspiration gastrique systématique n'a pas d'intérêt en cas de condylome. Les 5 aspirations gastriques prélevées à notre cohorte n'étaient pas en rapport avec les lésions maternelles mais les conditions de l'accouchement (prélèvement vaginal positif au streptocoque B, liquide amniotique teinté...).

1.5 La visite post-natale

Des complications infectieuses ont été retrouvées chez une seule patiente dont le périnée était intact. Sur les 4 dossiers, nous avons retrouvé une persistance stable des lésions pour deux patientes, une disparition totale dans un cas et pour le dernier rien n'a

été précisé. Dans la littérature, l'incidence des lésions virales dans le post-partum est la moins importante⁽¹⁵⁾.

Cinq patientes, au moment du recueil des données n'avaient pas effectué leur consultation post-natale. L'expérience montre que 30 % des femmes ne sont pas revues après l'accouchement⁽³¹⁾. Notre chiffre est plus élevé (cinq femmes sur 9), nous pouvons poser comme hypothèses :

- Une patiente était encore dans la période du post-partum lors du recueil des données.
- Pour les 4 autres, il est possible qu'elles aient consulté leur gynécologue habituel (de ville par exemple).

A rappeler l'importance de cette visite, déjà sur le plan obstétrical, psychologique et sexuel mais aussi parce qu'il est important de réaliser une colposcopie deux mois après l'accouchement lorsque la femme présente des condylomes selon certains auteurs.

2) LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

Dans notre échantillon deux patientes étaient suivies par des sages-femmes. Que ce soit en salle des naissances ou en secteur mère-enfant, la sage-femme a une place importante dans le suivi et la continuité des soins (que ce soit avec les gynécologues ou les pédiatres par exemple). De plus, elle est présente dans les actions de prévention que ce soit par le biais de la protection maternelle et infantile (PMI) ou le planning familial. C'est pourquoi nous nous sommes posés la question des compétences et des limites de la sage-femme concernant les patientes atteintes de condylome et son rôle dans la prévention de cette pathologie.

2.1 La prévention

D'après l'article L. 4151-1 du code de santé publique : « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale* ». Le vaccin par Gardasil® concerne de plus en plus d'adolescentes. Il permettrait de réduire significativement l'impact de cette pathologie mais ne pourra pas l'éradiquer. La prévention reste donc indispensable : que ce soit en indiquant aux jeunes filles des structures où elles peuvent se rendre en cas de problème (découverte d'un condylome ou autre) ou que ce soit en insistant sur le port du préservatif (qui protège d'autres IST aussi) ; même si la protection n'est pas absolue.

Depuis la loi HPST : « *L'exercice de la profession de sage-femme peut également comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ». Ainsi son rôle est primordial dans le diagnostic de condylomatose, dans les informations données à la patiente ; n'oublions pas que la morbidité psychologique est souvent majeure avec un retentissement sur l'activité sexuelle. La femme sera adressée à un médecin mais des explications doivent lui être fournies car l'attente de la consultation avec le gynécologue peut être angoissante.

2.2 La grossesse

La sage-femme peut effectuer les consultations pré-natales dont les limites sont définies par l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé. Dans l'actualité législative récente, il est important de noter que la loi sur la réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires modifie le code de santé publique en incluant, au chapitre concernant « les examens de prévention durant et après la grossesse »¹, la réalisation du frottis cervico-vaginal par la sagefemme (dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé). Ce dépistage n'était, jusqu'alors, qu'implicite dans les recommandations de l'ANAES. Cette modification est explicitée dans le projet de loi au niveau du titre VI « Éducation thérapeutique et actions d'accompagnement du patient », Chapitre II, Article 22 bis (nouveau) et se formule ainsi : *I. – Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »* (Un extrait de la loi sur la réforme de l'hôpital est proposé en **Annexe III**).

¹ Chapitre II de la Partie législative, Deuxième partie, Livre Ier, Titre II.

Quand la patiente présente des condylomes, la sage-femme peut et doit réaliser un frottis (jusqu'à la fin de premier trimestre de la grossesse) lors de la consultation avant d'adresser la femme enceinte au médecin. De toute façon les thérapeutiques ne peuvent être prescrites par la sage-femme, car les médicaments utilisés ne sont pas dans la liste définie par l'Arrêté du 12 octobre 2005.

Il est possible, comme pour certaines pathologies, en accord avec le gynécologue de suivre de façon alternée ; sous condition de réadresser la patiente en cas de doute, réapparition des condylomes (ou tout autre pathologie). Comme pour la prévention, la sage-femme se doit de fournir des informations en attendant la consultation avec le médecin. Elle peut déjà agir sur les facteurs de risque, avec l'arrêt du tabac par exemple, conseiller des rapports protégés (même si non efficace à 100 %) et rechercher les sérologies habituelle de la grossesse (syphilis, HIV, hépatite C et hépatite B).

2.3 L'accouchement, suite de couches et consultation post-natale

Comme nous l'avons vu, les condylomatoses ne changent pas la prise en charge de la patiente en salle de travail. La seule précaution qu'elle doit prendre est d'éviter de réaliser l'épisiotomie sur les condylomes. L'aspiration gastrique ne doit pas être prélevée en raison de la présence de l'HPV mais pour toutes les autres indications habituelles.

Si une patiente, qui n'a pas fait suivre sa grossesse, arrive en travail et que les lésions sont florides, il est nécessaire de prévenir l'obstétricien de garde pour qu'il évalue la possibilité d'un accouchement voie basse.

Et comme pour n'importe quelle situation, veiller à respecter les principes d'hygiène tant pour les patientes (éviter de transmettre le virus à d'autres, limiter la propagation chez une même femme) que pour le personnel soignant (lavage de main, gants dès le moindre geste vulvaire...).

En suite de couches, la sage-femme veillera à réexpliquer les principes d'hygiène, que ce soit au niveau vulvo-périnéal mais aussi pour ne pas contaminer le nouveau-né. Elle informera aussi l'équipe des possibles troubles fonctionnels : modifications du cri/de la voix, d'une toux chronique, un stridor, dyspnée, insuffisance respiratoire. Ceci devra être notifié dans le dossier et affirmer ou infirmer.

Avant la sortie, il est important d'insister sur la consultation post-natale (avec un médecin) afin d'évaluer les lésions, préciser le diagnostic et traiter si besoin.

Selon certains auteurs il est important de réaliser une colposcopie deux mois après l'accouchement lorsque la femme présente des condylomes. Si par erreur la patiente consulte auprès d'une sage-femme elle doit absolument la réorienter, elle peut évaluer l'évolution des lésions. De plus, le diagnostic et le traitement ne sont plus limiter par l'état gravide de la patiente.

Conclusion

Par ce mémoire, nous avons voulu faire le point sur la prise en charge effective lors de l'association condylome et grossesse, qui est un sujet d'actualité et un réel problème de santé publique. Nous avons commencé par établir une étude prospective sur 3 maternités de la région Est pour pouvoir comparer à la littérature les données recueillies. Nous avons établi le rôle de la sage-femme dans une telle pathologie en fonction de ses compétences pendant la grossesse et même en dehors.

D'ailleurs la législation a joué un rôle : la loi actuellement Hôpital-Santé-Patient-Territoire tend à placer la sage-femme comme un des acteurs principaux du dépistage de l'HPV au côté des gynécologues-obstétriciens. En effet, au sein de la loi sur la réforme de l'hôpital, juste après l'alinéa incluant la réalisation du FCV dans les examens de dépistage de la grossesse, on retrouve un passage précisant que « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ».

Cet alinéa, marque une progression des compétences de notre profession, impliquant ainsi les sages-femmes dans le dépistage du papillomavirus humain, non seulement chez la femme enceinte, mais également dans le reste population féminine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Monsonogo J, Breugelmans J-G, Bouée S, et al., *Incidence, prise en charge et coût des condylomes acuminés anogénitaux chez les femmes consultant leur gynécologue en France*, Gynécologie Obstétrique & Fertilité Volume 35, Issue 2, February 2007, p.107-113.
2. Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, Mai 2004. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPV_synth.pdf
3. Peigue-Lafeuille H. And Coll., *Groupe de travail sur la vaccination contre les papillomavirus*, C.T.d. Vaccinations, Editor. 23 Mars 2007, Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.
4. Monsonogo J., *Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus*, Springer, Editor. 2006: Paris. p. 189-356.
5. Simon P. and Poppe W., *Should the antipapillomavirus vaccination after the age of 25 be advised?* . J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2008. 37(8): p. 748-52.
6. Bouscarat, F., et al., *External genital warts (condyloma)*, Ann Dermatol Venereol, 2006. **133**(8-9 Pt 2): p. 2S36-2S38.
7. Aubin, F., et al., *Human papillomavirus infection*, Ann Dermatol Venereol, 2007. 134(1): p. 94-9.
8. Pr MOUITHYS G. *Apport des tests HPV dans le dépistage, traitement et surveillance des CIN*. Cours inter-régions Rouen 2004. CHU d'Amiens Picardie.
9. Riethmuller D., Ramanah R., Pretet J-L., Mougin C., *Intégration du test HPV dans le dépistage primaire*, J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, Février 2008, 37S, S139-S151.
10. <http://www.microbe-edu.org/etudiant/imgderm/87-condylome-2.jpg>
11. http://www.dermato-info.fr/images_front/images_articles/4-condylomes-papuleux_W.jpg
12. http://www.dermato-info.fr/images_front/images_articles/5-condylomes-plans_W.jpg
13. Lacey C.J., Lowndes C.M., and Shah K.V., *Chapter 4: Burden and management of non-cancerous HPV-related conditions: HPV-6/11 disease*. Vaccine, 2006. 24 Suppl 3: p. S3/35-41.
14. Monsonogo, J., *Condylomes acuminés génitaux externes*, in *Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus*, Springer-Verlag, Editor. 2007: Paris. p. 393-399.
15. Lehtinen M., Paavonen J., Vonka V.. *Human papillomavirus infection of the cervix: its transmission, management during pregnancy and future vaccine development*. Viral infection in pregnancy. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, août 2002. pp 169-177.
16. Gay, C., et al., *Prise en charge des lésions exophytiques condylomateuses pendant la grossesse par vaporisation laser au CO2* Carbon dioxide laser vaporization of genital condyloma in pregnancy. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2003. **31**(3): p. 214-219.
17. Rintala, M.A., et al., *Transmission of high-risk human papillomavirus (HPV) between parents and infant: a prospective study of HPV in families in Finland*. J Clin Microbiol, 2005. 43(1): p. 376-81.

- 18.** Rombaldi, R.L., et al., *Transplacental transmission of Human Papillomavirus*. Virol J, 2008. 5: p. 106.
- 19.** Sedlacek TV, Lindheim S, Eder C et al., *Mechanism for human papillomavirus transmission at birth*, Am J Obstet Gynecol , 1989; 161:55-9
- 20.** Shah K, Kashima HK, Polk F, Shah F, Abbey H, Abramson A. Rarity of cesarean delivery in cases of juvenile respiratory papillomatosis. Obstet Gynecol 1986;85:795-9
- 21.** Puranen MJ, Yliskoski MH., *Exposure of an infant to cervical human papillomavirus infection of the mother is common*, Am J Obstet Gynecol 1997;176:1039-45.
- 22.** Sinal, S.H. and C.R. Woods, *Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children*. Semin Pediatr Infect Dis, 2005. 16(4): p. 306-16.
- 23.** Syrjanen, S. and M. Puranen, *Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission*. Crit Rev Oral Biol Med, 2000. 11(2): p. 259-74.
- 24.** <http://wwwuser.gwdg.de/~otorhino/examples.html>
- 25.** Mergui J-L, *Aspects cliniques et évolutifs des condylomes génitaux au cours de la grossesse*, JTA, 2008.
- 26.** Selleret L., Mathevet P., *Diagnostic et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin pendant la grossesse*, J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Février 2008, 37S, S131-S138.
- 27.** Shojai R, Carcopino X, Sferlazzo K et al., *anomalies du frottis pendant la grossesse*, JTA, 2007.
- 28.** Siddiq T.S., Twigg J.P., Hammond R.H., *Assessing the accuracy of colposcopy at predicting the outcome of abnormal cytology in pregnancy*, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Janvier 2006; 124(1): 93-97.
- 29.** Lansac J., Lecomte P., Marret H., *Gynécologie*. Edition: 7. Elsevier Masson, 2007. 574 p, pp 21-22
- 30.** Blanc B., Agostini A., and Estrade J-P., *Colposcopie et grossesse*, in *Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus (Monsonogo J.)*, Springer-Verlag, Editor. 2007: Paris. p. 361-364.
- 31.** Lésions à HPV au cours de la grossesse : que faire ?, *Gynécologie Obstétrique Pratique*, numéro 206-Juin 2008 : 2-4.
- 32.** van Rooijen M. and Persson E., *Pregnancy outcome after laser vaporization of the cervix*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1999. 78(4): p. 346-8.
- 33.** Professeur Riethmuller D, *Epidémiologie des pathologies à papillomavirus humains et distribution des géotypes dans le monde et en France*, JNI 2007 (journée nationale d'infectiologie)
- 34.** Querleu D., Leblanc E., *Cancer du col utérin. Traité de gynécologie.*, Editions Médecine-Sciences Flammarion. Janvier 2005, 571p, pp 350-359

ABREVIATION

MRAP : Maternité Régionale Adolphe Pinard

HPV : Papillomavirus Humain

ANAES: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

DIM : Département d'Information Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

OMS: Organisation mondiale de la santé

CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Introduction	5
Partie 1 : revue de la littérature.....	7
1) Condylomes.....	8
1.1 Epidémiologie	8
1.2 Physiopathologie	9
1.3 Clinique	11
1.4 Diagnostic et bilan	13
1.5 Traitements.....	15
1.5.1 Moyens thérapeutiques	16
1.5.1.1 Les traitements chimiques.....	16
1.5.1.2 Les traitements immunomodulateurs	16
1.5.1.3 Les traitements physiques	17
1.5.2 Schémas thérapeutiques	17
2) Cas particulier de la grossesse	19
2.1 Femme enceinte et condylome.....	19
2.2 La transmission verticale du virus HPV	20
2.3 Diagnostic et bilan durant la grossesse	22
2.4 Traitements durant la grossesse	23
2.4.1 Au premier et deuxième trimestre.....	24
2.4.2 Au troisième trimestre.....	24
Partie 2 : l'étude	26
1) Notre étude.....	27
1.1 Objectifs de l'étude	27
1.2 Caractéristique de l'étude.....	27
1.3 Matériel et méthode.....	27
1.3.1 Type d'étude et modalité.....	27
1.3.2 Description des données collectées.....	28
1.4 Accès aux dossiers médicaux.....	28
2) Les résultats	29
2.1 Les facteurs de risque et l'anamnèse.....	29
2.1.1 L'âge des patientes.....	29
2.1.2 La gestité	30
2.1.3 Date du dernier frottis	30
2.1.4 Antécédent de condylomatose.....	31
2.1.5 Le tabac	31
2.1.6 Les IST et immunodépression.....	32
2.2 La grossesse	32
2.2.1 Date d'apparition durant la grossesse	32
2.2.2 Les condylomes.....	33
2.2.3 Le dépistage des IST	34

2.2.4 Examens réalisés pendant la grossesse	34
2.2.5 Les traitements	34
2.2.6 Le suivi de la grossesse	34
2.3 L'accouchement	35
2.3.1 Le terme	35
2.3.2 Le mode d'accouchement	35
2.3.3 Le nouveau-né.....	36
2.4 Suite de couches et visite post-natale.....	37
Partie 3 : Discussion.....	38
1) Evaluation.....	40
1.1 Les données épidémiologiques	40
1.2 Evaluation de la prise en charge.....	41
1.3 L'accouchement	43
1.4 Le nouveau-né.....	44
1.5 La visite post-natale	44
2) La place de la sage-femme.....	46
2.1 La prévention	46
2.2 La grossesse	47
2.3 L'accouchement, suite de couches et consultation post-natale.....	48
Conclusion.....	49
Bibliographie	50
Abréviation	52
TABLE DES MATIERES	53
Annexe I : Lettre d'autorisation de la patiente.....	II
Annexe II : Grille de recueil.....	III
Annexe III : Article 86 de la LOI HPST du 21 juillet 2009.....	VII

Annexe I : Lettre d'autorisation de la patiente

Mademoiselle, Madame,

J'effectue actuellement une étude sur les condylomatoses vulvo-vaginales et périnéales pendant la grossesse. Cette étude ne modifie en rien votre prise en charge médicale.

Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence des condylomes pendant la grossesse et les pratiques professionnelles.

J'ai donc besoin de votre autorisation pour recueillir les données concernant votre dossier. Toutes les données vous concernant seront traitées et analysées confidentiellement. Toutes les données utilisées seront anonymes et vous restez protégée par le secret médical.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez vous pourrez retirer votre participation quand vous le souhaitez sans avoir à vous justifier. Votre refus ou votre arrêt de participation n'aura aucun effet sur vos relations avec l'équipe médicale.

Pour plus d'informations, vous pouvez demander des explications à la Sage-Femme.

En vous remerciant de votre collaboration.

Le

Accepte

Refuse

Signature

Réponse à entourer, svp.

Annexe II : Grille de recueil

Anamnèse

1) Age de la patiente			
2) Gestité			
3) Parité			
4) Date de conception déterminée par écho			
5) Date du dernier frottis			
6) Résultat du dernier frottis	normal	anormal	non évaluable
si anormal: Type d'anomalies	LSIL HSIL	ASCUS ASCH	AGUS
7) Test HPV réalisé	oui	non	non évaluable
si oui, résultat:			
8) Biopsie réalisée	oui	non	non évaluable
si oui, résultat:			
9) Suivi régulier	oui	non	non évaluable
10) Antécédent de condylomatose	oui	non	non évaluable
11) Traitement des condylomatoses	oui	non	non évaluable
si oui, précisez			
12) Lésion clinique précédant le début de la grossesse	oui	non	non évaluable
13) Tabac (nombre de cigarettes par jour)			
14) IST	oui	non	non évaluable
si oui, précisez			
15) Immunodépression	oui	non	non évaluable
si oui, précisez			

Durant la grossesse

1) Date d'apparition durant la grossesse			
2) Suivi obstétrical régulier	oui	non	non évaluable
3) <u>Type de condylome:</u>			
plans	oui	non	non évaluable
papuleux	oui	non	non évaluable
acuminés	oui	non	non évaluable
tumeur de Buschke-Lowenstein	oui	non	non évaluable
autre (précisez)			
4) <u>Topographie:</u>			
isolés	oui	non	non évaluable
confluents	oui	non	non évaluable
étendus	oui	non	non évaluable
autre (précisez le nombre ou l'étendue en cm ²)			
5) <u>Extension:</u>			

vulvaire exclusive	oui	non	non évaluable
vulvo-périnéale	oui	non	non évaluable
vagin	oui	non	non évaluable
col	oui	non	non évaluable
péri-anale	oui	non	non évaluable
intra-anale	oui	non	non évaluable

6) Caractéristique:

"frais"	oui	non	non évaluable
résistants	oui	non	non évaluable
récurrents	oui	non	non évaluable
anciens	oui	non	non évaluable

7) Surinfection associée

si oui, précisez	oui	non	non évaluable
------------------	-----	-----	---------------

8) Dépistage des IST:

Syphilis	oui	non	non évaluable
Gonococcie	oui	non	non évaluable
chlamydiae, mycoplasme	oui	non	non évaluable
hépatite B	oui	non	non évaluable
hépatite C	oui	non	non évaluable
HIV	oui	non	non évaluable

Charge virale:

9) Aggravation

1° trimestre	oui	non	non évaluable
2° trimestre	oui	non	non évaluable
3° trimestre	oui	non	non évaluable
10) Poursuite du tabagisme	oui	non	non évaluable

11) Frottis réalisé pendant la grossesse

	oui	non	non évaluable
12) Résultat:	normal	anormal	non évaluable
si anormal:	LSIL	ASCUS	AGUS
		HSIL	ASCH

13) Colposcopie	oui	non	non évaluable
14) Biopsie	oui	non	non évaluable

si oui, résultat

si oui, nombre à préciser

15) Conisation	oui	non	non évaluable
16) Anuscopie	oui	non	non évaluable
17) Examen du partenaire	oui	non	non évaluable

Précisez la date des traitements à chaque fois

Traitements

1) Surveillance	oui	non	non évaluable
2) Aldara	oui	non	non évaluable
3) Acide trichloracétique	oui	non	non évaluable
4) Laser CO2	oui	non	non évaluable
5) exérèse chirurgicale	oui	non	non évaluable

6) électrocoagulation	oui	non	non évaluable
7) cryocoagulation	oui	non	non évaluable

Suivi médical

1) Médecin tout au long de la grossesse	oui	non	non évaluable
2) Sage-femme (qui ne réalise pas le frottis) et dès suspicion Médecin	oui	non	non évaluable
3) Sage-femme (qui réalise le frottis) et médecin	oui	non	non évaluable
4) Sage-femme tout au long de la grossesse	oui	non	non évaluable
5) autre (précisez)			

Accouchement

1) Terme			
2) Date de l'accouchement			
<u>3) Mode d'accouchement</u>			
spontané	oui	non	non évaluable
déclenchement (précisez l'indication)	oui	non	non évaluable
si oui, indiqué pour condylome	oui	non	non évaluable
voie basse	oui	non	non évaluable
césarienne d'urgence	oui	non	non évaluable
si oui, dyscinésie cervicale	oui	non	non évaluable
césarienne programmée	oui	non	non évaluable
si oui, indiqué pour condylome			
<u>4) Episiotomie</u>	oui	non	non évaluable
latérale	oui	non	non évaluable
médiolatérale	oui	non	non évaluable
médiane	oui	non	non évaluable
trajet modifié par les condylomes	oui	non	non évaluable
au niveau des condylomes	oui	non	non évaluable
<u>5) Déchirure</u>	oui	non	non évaluable
vulvaire	oui	non	non évaluable
vaginale	oui	non	non évaluable
urinaire	oui	non	non évaluable
déchirure complète	oui	non	non évaluable
déchirure complète compliquée	oui	non	non évaluable
complication	oui	non	non évaluable
si oui : hémorragie	oui	non	non évaluable
autre (précisez)			
<u>6) nouveau-né infecté</u>	oui	non	non évaluable
papillomatose laryngée juvénile	oui	non	non évaluable
modification du cri ou de la voix	oui	non	non évaluable
toux	oui	non	non évaluable
dyspnée	oui	non	non évaluable

détresse respiratoire	oui	non	non évaluable
aspiration gastrique	oui	non	non évaluable

Suite de couches et Visite post-natale

1) Complications infectieuses	oui	non	non évaluable
Lâchage des sutures autres (précisez)	oui	non	non évaluable
2) Lésions persistantes diminution	oui	non	non évaluable
aggravation	oui	non	non évaluable
stagnation	oui	non	non évaluable
3) Disparition	oui	non	non évaluable
4) non précisé	oui	non	non évaluable

Précision concernant le frottis:

- Anomalies des cellules malpighiennes :

ASC-US (*anomalies de signification indéterminée*)

ASC-H (*anomalies ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade*)

LSIL (*lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade, regroupant les lésions autrefois dénommées : lésions à HPV/condylome, dysplasie légère, CIN1*)

HSIL (*Lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade, regroupant les lésions autrefois dénommées : dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3 et CIS*)

-Anomalies des cellules glandulaires :

AGUS (*atypies des cellules glandulaires*)

Annexe III : Article 86 de la LOI HPST du 21 juillet 2009

A noter que le décret n'est toujours pas publié.

I. L'article L. 2122-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme.

La déclaration de grossesse peut-être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte.

« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

II. L'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé :

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

III- L'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :

I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou une sage-femme, un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

RESUME

CONDYLOMATOSE VULVO-VAGINALES ET PERINEALES PENDANT LA GROSSESSE

Domaine : Obstétrique, Gynécologie

Thème : Prise en charge des condylomatoses chez la femme enceinte

Mots-clés : Condylomes, Grossesse, Dépistage, Sage-femme

Résumé :

Les condylomes (ou verrues anogénitales) sont dus à l'infection par le papillomavirus humain (Human PapillomaVirus) à faible risque oncogène. Les sérotypes 6 et 11 sont retrouvés dans 70 % à 100 % des condylomes anogénitaux. On considère que plus de 60% des primo-infections surviennent dans les 5 années suivant le début de l'activité sexuelle. La grossesse, dont la surveillance nécessite un suivi régulier auprès d'une sage femme ou d'un obstétricien, constitue un moment propice au dépistage. De nos jours, en France, la moyenne d'âge pour une première grossesse est de 29 ans (INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economique), ce qui place une grande partie des femmes enceintes dans une tranche d'âge à risque élevé de condylomatoses puisque l'âge moyen d'apparition est de 30 ans. Nous avons dans ce mémoire, avec l'aide de la littérature et l'étude menée dans 3 maternités de la région EST, essayé d'établir la place de la sage-femme : d'une part dans la prévention de la femme, le suivi et l'accouchement, d'autre part dans la surveillance en suite de couches et lors de la consultation post-natale.

PERINEAL AND VULVO-VAGINAL CONDYLOMATOSIS DURING PREGNANCY

Field : obstetric, gynecology

Topic : taking into care of condylomatoses in pregnant women

Key-words : condyloma, pregnancy, screening, midwife

Abstract :

Condyloma (or anogenital wart) are caused by an infection due to the human papilloma viruse (Human Papilloma Viruse) with a weak risk of developping cancer. Serotypes 6 and 11 are found in 70 to 100 % of anogenital condyloma.. It is considered that more than 60 % of primo-infections happen during the 5 first years of sexual activity. Pregnancy, the supervision of which requires regular checkings by a midwife or an obstetrician, is a period prone to screening. Nowadays, in France, the average age for the 1st pregnancy is 29 (INSEE – National Institute for Statistic and Economic Studies), which makes the majority of pregnant women likely to suffer of condylomatosis as the average age of apparition of the disease is 30. In this research paper, we have tried, with the help of books and the study made in 3 maternity hospitals, to establish the role of the midwife in the prevention of the disease, the checkings of the pregnant women, the delivery and the post-birth consultation.

Mémoire soutenu et présenté par Sophia Benchabane née le 14/01/1985

Promotion 2010

Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz

Université Henri Poincaré, Nancy I