

Avis d'experts No 64

Commission Assurance Qualité
Président Prof. Dr Daniel Surbek

Salpingectomie opportuniste pour la réduction du risque de carcinome ovarien

Auteurs : Christoph M. Honegger, Thomas Hess, Irene Hösli

<p>Définition La salpingectomie opportuniste consiste en l'ablation prophylactique des deux trompes pour la prévention primaire du carcinome ovarien chez les femmes dont la planification familiale est achevée, qui doivent subir une opération gynécologique pour une indication bénigne.</p> <p>Contexte Les premières indications selon lesquelles de nombreux carcinomes ovariens trouvent leur origine non pas dans l'ovaire, mais dans la trompe, remontent aux années nonante du siècle dernier. Mais ce n'est qu'en 2007 qu'une lésion précancéreuse de la trompe, le « carcinome séreux tubaire intraépithélial » (STIC), susceptible d'être à l'origine d'au moins une partie des carcinomes ovariens, a été décrite. Des lésions STIC sont détectées chez 1 à 5% des porteuses de mutations (BRCA 1 / 2). La prévalence est incertaine chez les femmes sans mutation.</p> <p>La précancérose dans la trompe a été observée aussi bien chez les porteuses de mutations que chez les femmes présentant des « carcinomes séreux de haut grade » (CSHG) sporadiques. Depuis lors il s'est avéré que non seulement les CSGH, mais également la plupart des carcinomes de bas grade, trouvent leur origine dans la trompe. Cette dernière forme est généralement associée à une mutation BRAF ou KRAS, alors que la première est liée à une mutation TP53.</p> <p>Dans ce contexte, on a assisté à une augmentation des recommandations pour l'ablation simultanée des trompes, tout d'abord chez les femmes subissant une hystérectomie pour une indication bénigne, ensuite en cas de souhait de stérilisation tubaire, et finalement aussi chez les personnes ayant achevé leur projet familial et désirant une stérilisation post-partum.</p> <p>Par conséquent diverses sociétés de discipline ont déjà intégré cette démarche dans leurs recommandations, respectivement dans leurs directives.</p> <p>Faisabilité et efficacité Une salpingectomie bilatérale dans le cadre d'une hystérectomie pour une indication bénigne ne semble pas être associée à une morbidité périopératoire accrue, quel que soit l'accès utilisé. Seul le temps opératoire serait légèrement allongé par rapport à l'hystérectomie isolée; la perte de sang et le risque d'infection ne sont pas augmentés, la durée d'hospitalisation ne paraît pas se prolonger. Le taux de grossesses ectopiques, d'hydrosalpinx ou d'abcès tubo-ovariens est abaissé.</p> <p>L'influence sur la fonction ovarienne prête encore à controverses ; cet aspect a été analysé dans le cadre de diverses études sur la base d'indicateurs tels que des mesures hormonales (FSH, AMH), des analyses de la perfusion par échodoppler et des enquêtes auprès des femmes sur les symptômes de la ménopause. Dans la plupart des cas la fonction ovarienne ne paraît subir aucune influence significative. Toutefois, dans une étude suédoise, des femmes se sont plaintes fréquemment de troubles de la ménopause après la salpingectomie, notamment dans le groupe d'âge de 44 à 49 ans.</p> <p>Salpingectomie post-partum, à la suite d'une césarienne À l'heure actuelle le nombre d'études randomisées ayant comparé la faisabilité et la sécurité de la stérilisation tubaire à la salpingectomie est encore très limité (N= 2, 124 femmes recrutées au total, parmi lesquelles seules 41 ont subi un salpingectomie).</p> <p>D'un point de vue technique la salpingectomie a pu être réalisée jusque dans 95% des cas ; le taux de complications peropératoires n'a pas différé significativement en termes de perte de sang, d'infections ou de réhospitalisation. Dans une étude le temps opératoire a été prolongé d'environ 15 minutes, alors qu'aucune différence n'a été mentionnée dans l'autre. Par ailleurs un instrument à usage unique onéreux (Ligasure) a été utilisé dans une étude. Compte tenu de l'estimation peropératoire d'une éventuelle hémorragie accrue en cas de salpingectomie prévue à la suite d'une césarienne et du faible nombre de cas dans cette situation, il est possible en tout temps d'effectuer une stérilisation tubaire conventionnelle.</p>	<p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p> <p>III</p> <p>Ib</p>
--	--

Efficacité

L'efficacité de la salpingectomie prophylactique en vue de la réduction avisée du risque de carcinome ovarien semble être objectivable. Une étude suédoise a révélé que la salpingectomie en complément à l'hystérectomie a entraîné une réduction de ce risque de 65%, contre une diminution de 28% en cas de ligature des trompes isolée, par rapport aux femmes n'ayant subi aucune stérilisation, salpingectomie, hystérectomie ou annexectomie.

Une méta-analyse de trois études, incluant des femmes présentant un risque de carcinome ovarien situé dans la moyenne, a montré une réduction analogue du risque par la salpingectomie pour un suivi allant jusqu'à trente ans.

III
la

Information sur les risques et les bénéfices

Les femmes ayant achevé leur planification familiale et devant subir une opération gynécologique doivent être informées de l'option d'une salpingectomie simultanée et préventive dans le but de réduire le risque de carcinome ovarien. Il y a une diminution mesurable de ce risque de 2/3 (66%) par rapport aux femmes non opérées et de moitié (50%) comparé aux femmes avec une simple hystérectomie.

La prévention la plus sûre serait bien entendu l'annexectomie bilatérale, mais elle doit être réservée aux femmes présentant un risque très élevé (mutations BRCA 1 / 2 notamment). Dans la «Nurses Health Study», le groupe de femmes ayant subi une annexectomie bilatérale avant la ménopause a présenté une mortalité globale plus élevée (*all-cause mortality*) et une mortalité liée aux tumeurs augmentée (*cancer mortality*), probablement en raison d'une ménopause précoce iatrogène, associée à un risque cardiovasculaire accru, à l'ostéoporose, à une diminution de la fonction cognitive et à une incidence accrue d'autres néoplasies.

Le risque, de 0,1 à 0,75%, de développer un carcinome ovarien après une hystérectomie s'est révélé très faible dans l'étude. Le risque de mortalité dû à un carcinome ovarien après conservation des annexes ne s'élevait qu'à 0,03%.

III

En cas de souhait de stérilisation dans le cadre d'une césarienne, l'information doit mentionner qu'en raison du faible nombre de cas, les risques et les bénéfices de la salpingectomie post-partum ne sont pas encore suffisamment définis.

Recommandations

Les femmes ne souhaitant plus avoir d'enfants et ayant à subir une opération gynécologique pour une indication bénigne doivent être informées de l'option d'une salpingectomie bilatérale opportuniste.

Les bénéfices et les risques potentiels de l'intervention supplémentaire doivent être expliqués.

La recommandation de réaliser une salpingectomie opportuniste concerne les femmes présentant un risque de carcinome ovarien situé dans la moyenne. L'annexectomie prophylactique est toujours encore à conseiller aux femmes à risque élevé ou très élevé (mutation BRCA 1 / 2 notamment).

La salpingectomie peut également être recommandée aux femmes souhaitant une stérilisation, toutefois, pour la salpingectomie post-partum, les données sont encore très limitées. Dans ces cas également, le risque opératoire ne semble pas accru par rapport à la ligature des trompes classique.

Aucune recommandation ne mentionne explicitement si les trompes excisées doivent systématiquement faire l'objet d'un examen pathologique, ni quelle est la conduite à tenir en cas de détection de lésions STIC.

La question de la prise en charge des coûts n'est pas non plus résolue. En principe l'examen histopathologique des trompes est conseillé, ce qui entraîne des frais supplémentaires à charge de la patiente elle-même pour une intervention non remboursée par les caisses maladie. Les coûts exacts doivent être déterminés avec l'institut de pathologie concerné et la femme doit en être informée.

Date : 19 avril 2020

Niveau de preuve		Grade de recommandation	
Ia	Données probantes obtenues par la méta-analyse d'études randomisées et contrôlées	A	Dans la littérature, qui doit être globalement de bonne qualité et cohérente, il existe au moins une étude randomisée contrôlée ayant trait à la recommandation en question (niveaux de preuve Ia, Ib)
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude randomisée contrôlée		
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée, bien menée, mais sans randomisation	B	Le sujet de la recommandation est traité dans des études cliniques bien contrôlées mais qui ne sont pas randomisées (niveaux de preuve IIa, IIb, III)
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude bien menée, d'un autre type, quasi expérimentale		
III	Données probantes obtenues à partir d'études descriptives, bien menées, non expérimentales, comme des études comparatives, des études de corrélation ou des études de cas	C	On dispose de données probantes provenant de rapports ou d'avis de groupes d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes reconnus. Par contre, il n'existe pas d'études cliniques de bonne qualité qui soient directement applicables (niveau de preuve IV)
IV	Données probantes obtenues à partir de rapports ou d'avis d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes reconnus	<input checked="" type="checkbox"/>	Le point de bonne pratique Traitement de choix, recommandé d'après l'expérience clinique du groupe d'experts ayant rédigé l'avis d'experts ou la directive

Traduit de l'anglais (source RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

Bibliographie

Auprès des auteurs

Conflits d'intérêts des auteurs

Christoph M. Honegger : aucun
Thomas Hess : aucun
Irene Hösli : aucun

La commission Assurance Qualité de gynécologie suisse / SGGO élabore des directives et des avis d'experts avec le plus grand soin; toutefois la commission Assurance Qualité de gynécologie suisse / SGGO ne peut pas endosser la responsabilité de l'exactitude et de l'exhaustivité des contenus. Les informations des fabricants doivent être respectées dans tous les cas, en particulier les indications concernant la posologie. Du point de vue de la commission, les directives et les avis d'experts correspondent à l'état actuel des connaissances scientifiques au moment de la rédaction. Les modifications survenues dans l'intervalle doivent être prises en compte par les utilisateurs.