

FAUT-IL FAIRE UNE OVARIECTOMIE EN CAS D'HYSTÉRECTOMIE ?

A. AGOSTINI, D. RAUDRANT, B. BLANC

Ce problème reste encore très controversé et ce geste de prévention primaire du cancer de l'ovaire doit être évalué selon chaque patiente.

Les opérateurs ont des convictions parfois guidées par la faisabilité ou non de l'ovariectomie. Le travail de FIGNON en 1998, réalisé sur 50 centres hospitaliers publics, montrait que l'ovariectomie prophylactique n'était jamais réalisée avant 45 ans, que 20% des gynécologues français la réalisaient entre 46 et 49 ans contre 63% pour les patientes de plus de 50 ans.

L'argument majeur est la prévention du cancer de l'ovaire.

Il s'agit d'un cancer peu fréquent. Il se situe au cinquième rang des cancers féminins en France. Tout le monde reconnaît le pronostic redoutable de ce cancer. Le cancer de l'ovaire se situe au quatrième rang des décès féminins en France.

Certains facteurs augmentent le risque de cancer de l'ovaire. Ainsi en cas de mutation du gène BRCA1 Easton en 1995 rapportait un risque cumulé de cancer de l'ovaire à 60 ans de 11% à 42% selon l'allèle muté. La mutation du gène HNPCC du syndrome de Lynch II est également à l'origine d'une augmentation du risque ovarien. Ce risque génétique reconnu a été à l'origine de propositions d'ovariectomie prophylactique par différentes instances médicales en cas d'antécédents familiaux de cancers ovariens.

Certains facteurs diminuent cependant le risque de cancer de l'ovaire comme la prise d'estroprogestatifs, l'allaitement maternel, l'ovariectomie unilatérale et l'hystérectomie conservatrice.

Quelle réduction du risque de cancer de l'ovaire peut-on espérer après ovariectomie prophylactique ?

En cas d'ovariectomie prophylactique systématique réalisée lors de toute hystérectomie après 40ans, on devrait observer une réduction du nombre de cancers de l'ovaire de 2,2% au Japon et de 7,9% aux Etats-Unis. Les chiffres sont bien entendu fonction du nombre d'hystérectomies réalisées dans chaque pays.

Une autre façon de présenter les choses est de calculer le nombre d'ovariectomie prophylactiques nécessaires pour éviter un cancer de l'ovaire. Ces estimations sont très variables allant de 2500 pour Rochet en 1981 à 60 ou 120 ovariectomie pour Li en 1994.

Les ovaires fonctionnent-ils après hystérectomie conservatrice ?

Il semble bien que la ménopause soit plus précoce de 2 à 4 ans et qu'elle le soit encore plus s'il y a conservation d'un seul ovaire.

L'étude de Bukovsky sur 40 femmes de 38 à 45 ans montre que 6 mois après l'ablation d'un ovaire, 35% des femmes ont un dysfonctionnement ovarien avéré biologiquement tandis qu'aucune ne l'a si les deux ovaires ont été conservés.

Le facteur influençant l'ovariectomie prophylactique reste essentiellement la voie d'abord.

Les taux sont plus élevés pour la voie haute que pour la voie basse.

La faisabilité de l'ovariectomie par voie vaginale est pourtant élevée quand elle est réalisée par une équi-

pe entraînée. Ainsi, Davies rapporte une faisabilité de 97,5%. Il ne rapporte pas de complication particulière, pas de recours supplémentaire à la laparotomie et pas d'augmentation du risque hémorragique. Il existe certainement une courbe d'apprentissage de la technique d'ovariectomie qui, largement codifiée et diffusée, ne devrait plus être un frein si l'indication de l'ovariectomie a été posée en pré-opératoire.

Quels sont les avantages de l'ovariectomie prophylactique en cas d'hystérectomie.

L'ovariectomie prévient les tumeurs malignes de l'ovaire, supprime les douleurs pelviennes chroniques en cas d'adhérences péri-tubo-ovariennes, supprime le syndrome pré-menstruel de la préménopause, supprime les pathologies ovariennes bénignes, fonctionnelle ou organique (1,8% des patientes seront réopérées pour cela) et enfin diminue le risque de cancer du sein.

Six inconvénients peuvent être opposés à cette intervention préventive. Techniquement, l'ovariectomie peut être difficile par la voie vaginale. Psychologiquement, la patiente peut être déstabilisée par l'ovariectomie. En l'absence de traitement hormonal de la ménopause (THM) elle induit une ménopause chirurgicale brutale. L'observance du THM est médiocre en France.

En l'absence de THM l'augmentation du risque ostéoporotique induit par une ménopause avancée doit être prise en compte et évaluée. Enfin le risque de cancer de l'ovaire est déjà réduit par l'hystérectomie surtout si les estroprogestatifs ont été pris pendant de nombreuses années.

En conclusion, on peut proposer le schéma suivant : après la ménopause, l'ovariectomie prophylactique doit toujours être proposée et le bénéfice de la conservation est difficile à prouver. Avant la ménopause, l'analyse des facteurs de risque est l'élément premier de la décision. Pour la période charnière (50-53ans) la discussion doit être réalisée « de façon personnalisée au cas par cas » avec chaque patiente.

A. AGOSTINI, B. BLANC

Hôpital de la Conception Service de gynécologie-obstétrique 13385 Marseille Cedex 5

D. RAUDRANT

Hôtel Dieu Service de gynécologie-obstétrique 69288 Lyon Cedex 02