



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Dépistage des cancers de l'ovaire : chez qui, comment et pour quelle efficacité ?

Screening of ovarian carcinoma: For whom, how and for which efficiency?

**Sophie Taïeb*, Mariem Ben Haj Amor,
Audrey Mailliez, Claude Adenis, Éric Leblanc**

Département d'imagerie, centre Oscar-Lambret, 3, rue Frédéric-Combemale, 59000 Lille, France

Reçu le 9 mars 2016 ; accepté le 9 mars 2016

MOTS CLÉS

Cancer de l'ovaire ;
Dépistage ;
Ca125 ;
Échographie
endocavitaire

Résumé Compte tenu de la différence de pronostic entre les cancers de l'ovaire de stade I, II et ceux de stade III, IV, il était licite de se poser la question de l'opportunité de mettre en place un dépistage. Les moyens dont nous disposons sont le dosage du marqueur Ca125 et l'échographie endocavitaire qui ont ensemble une valeur prédictive positive supérieure à 10% et sont donc adaptés à un tel dépistage. Les études récentes, randomisées dont nous disposons actuellement ne permettent cependant pas de conclure formellement quant au rapport coût-bénéfice d'un dépistage à plus grande échelle chez les femmes à risque standard, mais également chez les femmes présentant une augmentation du risque qu'elles soient ou non mutées.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ovarian carcinoma;
Screening;
Ca125;
Transvaginal
ultrasound

Summary Considering the prognostic difference between stage I, II and stage III, IV of ovarian carcinoma, it was licit to assess the opportunity to perform systematic screening. The available tools are Ca125 and transvaginal ultrasound, which have together a positive predictive value superior to 10% and are thus adapted to such a screening. The recent, randomized studies do not conclude on the efficacy and the cost-effectiveness of ovarian cancer screening for women with standard risk, but also for women presenting an increased risk.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : s-taieb@o-lambret.fr (S. Taïeb).

Introduction

En France, en 2015, l'incidence des cancers de l'ovaire était estimée à 4575 cas, soit un taux standardisé de 7,1 pour 100 000 personnes-années [1]. Ce cancer est au septième rang des cancers féminins. Avec un nombre attendu de 3132 décès en 2015, le cancer de l'ovaire se situe au quatrième rang des décès par cancer chez la femme (Fig. 1).

Les deux tiers des cancers de l'ovaire surviennent après 55 ans. Un antécédent familial au premier degré de cancer de l'ovaire augmente le risque d'un facteur 3. Ce risque est également particulièrement élevé chez les femmes présentant une mutation chromosomique délétère des gènes *BRCA1* (22 à 51 % pour la vie entière) et *BRCA2* (4 à 18 % pour la vie entière) [2–4].

Le traitement actuel est basé sur l'association d'une résection chirurgicale (utérus, ovaires et épiploon) dont l'objectif est d'être sans résidus macroscopiques visibles en fin d'intervention [5] et d'une chimiothérapie adjuvante associant sels de platine et taxanes. Celle-ci est discutée dès les stades 1A, 1B grade 2 et indiquée pour les stades supérieurs et les lésions de grade 3 selon la stadification de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (Figo) [6]. En cas de résection prévisiblement incomplète, il est admis qu'il ne faut pas retarder la chimiothérapie et les patientes sont traitées par une chimiothérapie néoadjuvante, puis une chirurgie intervalaire à trois cures si elle devient possible, puis reprise de la chimiothérapie [5,7].

Plus de 70 % des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués à un stade avancé quand il existe déjà une extension péritonéale et, de ce fait, le pronostic de la maladie reste très défavorable : la survie à 5 ans qui approche les 90 %

pour les stades 1 chute à 33 % pour les stades 3 et 4 [8,9] (Tableau 1).

Le retard au diagnostic des cancers de l'ovaire est corrélé à la gravité du pronostic. Pouvoir bénéficier de test(s) diagnostiques précoces pourrait permettre la mise en place d'un dépistage améliorant ce pronostic.

Dépistage de masse organisé

Critères préalables

Les critères permettant l'organisation d'un dépistage systématique d'une pathologie ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [10] :

- la maladie doit être une cause importante de décès dans la population et avoir une prévalence élevée ;
- l'histoire naturelle de la pathologie doit permettre une phase préclinique où le diagnostic est possible ;
- il doit exister un traitement efficace de la maladie à ce stade préclinique permettant d'obtenir une diminution de la mortalité ;
- le ou les tests de dépistage doivent être simples, non invasifs et acceptables par patientes, reproductibles, peu coûteux et enfin, ces tests doivent avoir des performances diagnostiques élevées.

Compte tenu de la faible prévalence de la pathologie (40 pour 100 000 femmes après 50 ans), les performances des tests diagnostiques pour le cancer de l'ovaire devraient avoir une sensibilité supérieure à 75 %, une spécificité supérieure à 99,6 % et une valeur prédictive positive supérieure à 10 % afin de limiter la chirurgie à dix patientes opérées pour un cancer trouvé [11].

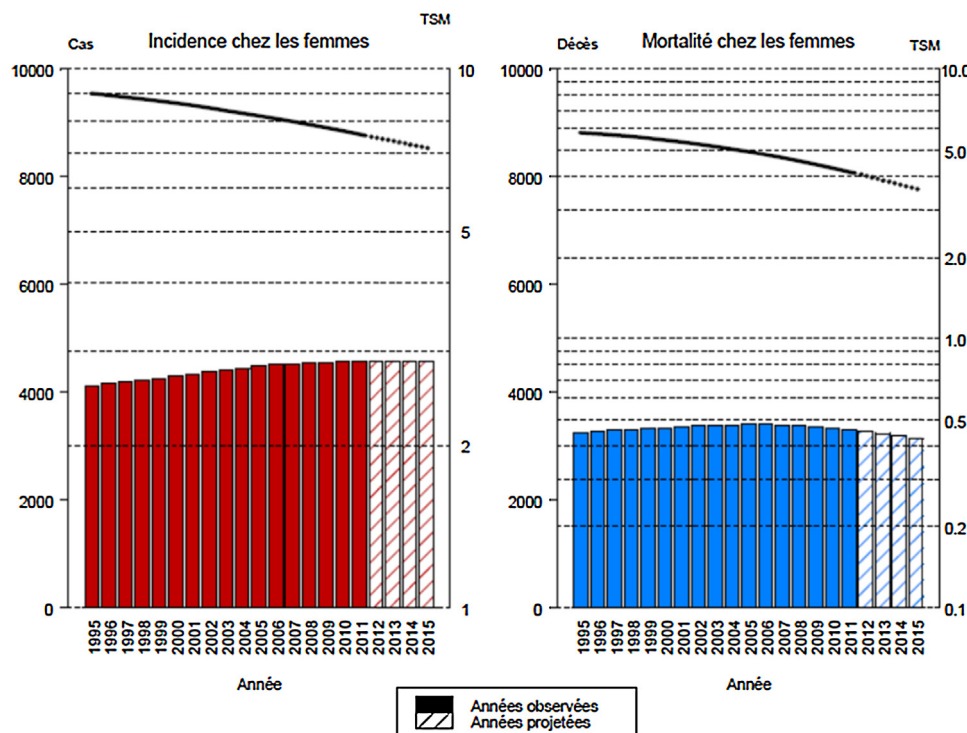


Figure 1. Incidence et mortalité du cancer de l'ovaire en 2015 : évolution du nombre de nouveaux cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde (TSM) correspondant (courbe, échelle logarithmique), de 1995 à 2015 en France métropolitaine. Reproduit d'après [1].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2734206>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2734206>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)