

■ Analyse bibliographique

Impact de la salpingectomie prophylactique sur l'hormone antimüllérienne chez les patientes bénéficiant d'une hystérectomie par cœlioscopie : essai multicentrique randomisé.

T SONG, MK KIM, ML KIM *et al.* *BJOG*, juin 2016. doi: 10.1111/1471-0528.14182 [Epub ahead of print]

Les études soutenant l'hypothèse selon laquelle la majorité des carcinomes ovariens séreux de haut grade seraient d'origine tubaire, et non ovarienne primaire, se sont multipliées au cours de la dernière décennie. Ainsi, une stratégie de prévention reposant sur l'association d'une salpingectomie "opportuniste" aux hystérectomies d'indication bénigne a été proposée. Cette pratique est aujourd'hui recommandée par de nombreuses sociétés savantes et l'on estime qu'elle permettrait une réduction du risque de cancer de l'ovaire de 20-40 % sur les deux prochaines décennies.

Alors que l'association de la salpingectomie prophylactique pourrait diminuer la réserve ovarienne par le biais d'altérations vasculaires, l'impact de ce geste chez les patientes bénéficiant d'une hystérectomie reste peu étudié. Cette étude multicentrique randomisée a donc pour but de déterminer si la salpingectomie prophylactique altère le potentiel fonctionnel de l'ovaire ou si elle augmente le risque chirurgical lors des hystérectomies par cœlioscopie.

■ Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective conduite entre juillet 2013 et juillet 2015 dans trois centres sud-coréens. Les patientes devant bénéficier d'une hystérectomie par cœlioscopie ont été invitées à participer à cette étude. Les critères d'inclusion comprenaient : un âge compris entre 19 et 55 ans, des cycles réguliers (durée entre 21 et 45 jours), un score ASA 1 ou 2. Les critères d'exclusion comprenaient : la présence de kyste ovarien avec indication chirurgicale, une suspicion de malignité, un antécédent de salpingectomie ou d'annexectomie, la grossesse ou la ménopause, un taux préopératoire de l'hormone antimüllérienne (AMH) < 0,3 ng/mL, l'utilisation d'un traitement hormonal au cours des 3 mois précédant la chirurgie, une anomalie endocrinienne associée (dysthyroïdie, hyperprolactinémie, syndrome de Cushing), l'impossibilité de comprendre et de fournir un consentement éclairé.

Les patientes étaient randomisées avec une stratification par centre pour bénéficier ou non de la salpingectomie prophylactique en cours d'hystérectomie.

Les interventions étaient pratiquées par des opérateurs titulaires. Le choix des instruments et du nombre de trocars était laissé à l'opérateur. En cas de salpingectomie, celle-ci était pratiquée à l'aide de pinces bipolaires simples ou en utilisant des énergies bipolaires dites "avancées" selon la préférence du chirurgien. Dans tous les cas, la vascularisation ovarienne était respectée au mieux, avec une section du mésosalpinx au ras de la trompe et de façon antérograde. Lorsque la trompe était conservée, celle-ci était sectionnée au niveau de l'isthme proximal.

Le critère principal était le taux de baisse de l'AMH défini par la différence entre le taux préopératoire et le taux à 3 mois postopératoire. La limite de détection du test utilisé était de 0,08 ng/mL avec des coefficients de variation intra et inter-test de 12,3 et 14,2 % respectivement.

Les critères secondaires étaient la survenue d'une complication peropératoire, la nécessité d'un trocar supplémentaire ou d'une laparoconversion, le temps opératoire, les pertes sanguines peropératoires, la différence d'hémoglobine pré et postopératoire, la durée du séjour et la survenue de complications postopératoires de classe III ou supérieure (selon la classification de Clavien-Dindo).

Au moment de l'étude, il n'y avait pas de données dans la littérature précisant le taux de baisse d'AMH après hystérectomie par cœlioscopie. Ce taux a ainsi été estimé rétrospectivement à 11 % à partir d'une série de 15 patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie dans l'un des centres de l'étude. Le nombre de sujets nécessaires était de 34 dans chaque bras pour mettre en évidence une baisse d'AMH de 20 % avec une puissance de 80 % et un taux de perte de vue de 10 %. L'analyse statistique a été effectuée en intention de traiter.

■ Résultats

Soixante-huit patientes ont été incluses dans l'étude. Les caractéristiques des deux groupes étaient comparables au moment de la randomisation et aucune patiente n'a été perdue de vue pendant la durée de l'étude. Les taux d'AMH préopératoire ne présentaient pas de différence significative entre les groupes avec et sans salpingectomie : ils étaient de 1,18 ng/mL (0,63-1,99 ng/mL) et 1,12 ng/mL (1,05-1,77 ng/mL) respectivement. À 3 mois, les taux d'AMH avaient baissé jusqu'à 0,76 ng/mL (0,35-1,86 ng/mL; $p = 0,006$) et 1,01 ng/mL (0,81-1,38 ng/mL; $p < 0,001$) dans les groupes avec et sans salpingectomie respectivement. Le taux de baisse d'AMH était donc de 12,5 % (0,8-60,9 %) dans le groupe avec salpingectomie contre 10,8 % (6,9-27,4 %) dans le groupe sans salpingectomie, sans toutefois que la différence soit significative. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes pour les autres critères étudiés.

■ Discussion

Le but de cette étude était de déterminer si l'association d'une salpingectomie prophylactique au cours des hystérectomies par cœlioscopie diminuait la réserve ovarienne objectivée par la mesure de l'AMH. Ces résultats démontrent que l'hystérectomie par cœlioscopie, avec ou sans salpingectomie, diminue la réserve ovarienne. Cependant, la salpingectomie prophylactique en soi n'a pas d'effet négatif sur la réserve ovarienne. En outre, ce geste ne semble pas augmenter les autres risques opératoires étudiés.

Cette étude présente quelques limites. En effet, l'évaluation de la réserve ovarienne dans cet essai a reposé sur le dosage de l'AMH. Or, même si cette hormone – qui présente l'avantage de rester stable au cours du cycle et d'être bien corrélée à la quantité de follicules primaires chez les femmes en préménopause – est actuellement considérée comme le marqueur le plus fiable pour la mesure postopératoire de la réserve ovarienne, les autres marqueurs (hormone folliculo-stimulante [FSH], inhibine B, comptage des follicules antraux [CFA], volume ovarien, mesure du pic systolique de la vascularisation ovarienne stromale) n'ont pas été étudiés.

Par ailleurs, le type d'énergie utilisée pour la salpingectomie était variable selon l'opérateur. Sachant que la diffusion latérale de l'énergie bipolaire traditionnelle est plus importante que celle des énergies bipolaires dites avancées, ces résultats ne seraient potentiellement pas applicables à toutes les énergies utilisables. Enfin, les effets de la salpingectomie prophylactique à long terme n'ont pas été étudiés. Une évaluation de l'AMH au-delà de 3 mois (idéalement 6 et/ou 12 mois) aurait, en effet, été souhaitable. De même, une évaluation de la qualité de vie et/ou de l'apparition de symptômes de ménopause aurait renforcé les résultats de cette étude.

Les auteurs confortent le choix de la mesure à 3 mois pour une revue de la littérature. Une étude prospective longitudinale portant sur la mesure à court terme de l'AMH après chirurgie ovarienne montrait que ce taux diminuait de façon importante à 1 semaine, mais augmentait secondairement à 1 mois et à 3 mois postopératoires. Une étude portant sur l'impact du nombre de trocars sur la réserve ovarienne retrouvait des résultats similaires. Une autre étude portant sur des chirurgies ovariennes a retrouvé un taux d'AMH stable entre 3, 6 et 12 mois postopératoires. Cependant, des auteurs suggèrent

une fluctuation des taux d'AMH après embolisation utérine ou hystérectomie jusqu'à 6 mois après ces procédures.

Au moment de l'inclusion dans cette étude, il n'y avait pas d'autres essais évaluant l'impact de la salpingectomie prophylactique au cours de l'hystérectomie par cœlioscopie. Depuis, un essai pilote randomisé et une étude rétrospective comparative ont été publiés et retrouvaient des résultats concordants. Même si l'étude de Findley *et al.* était la première étude randomisée s'adressant à l'impact de la salpingectomie prophylactique en cours d'hystérectomie sur la réserve ovarienne, aucun calcul du nombre de sujets nécessaires n'avait été effectué. Cette étude unicentrique, qui ne portait que sur 15 sujets dans chaque bras, manquait probablement de puissance pour démontrer un effet sur le critère principal (diminution de la réserve ovarienne).

Plus récemment, une étude réalisée par Venturella *et al.* évalua les effets de la résection du mésosalpinx chez 186 patientes bénéficiant d'une cœlioscopie pour myomectomie ou stérilisation tubaire. Cette étude randomisée comparait salpingectomie simple et salpingectomie associant une résection du mésosalpinx. Aucune différence significative n'avait été retrouvée en termes de fonction ovarienne à 3 mois (évaluée par la mesure de l'AMH et le CFA), de temps ou de complications opératoires. Ces résultats étaient concordants avec ceux d'une large étude observationnelle évaluant les risques de la salpingectomie prophylactique en cours d'hystérectomie au Canada.

■ Conclusion

La salpingectomie prophylactique en cours d'hystérectomie par cœlioscopie ne présente pas d'effet délétère sur la réserve ovarienne et n'augmente pas les risques opératoires. Ces résultats suggèrent que la salpingectomie en cours d'hystérectomie pour la réduction du potentiel risque de cancer ovarien constitue un geste sûr.

I. CHOUGRANI

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.



TRAITEMENT DE LA VAGINITE ATROPHIQUE (DUE À UN DÉFICIT EN ESTROGÈNE) CHEZ LA FEMME MÉNOPAUSÉE* (1)



1 anneau vaginal = 90 jours d'utilisation

Non remboursé
Sécurité Sociale



estRing®
Estradiol 2 mg Systemische
diffusion vaginal

Seul anneau
indiqué dans le traitement
de la **vaginite atrophique***

Pour accéder aux mentions légales du médicament, suivez ce lien :
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
 ou flashez ce code



(1) Résumé des Caractéristiques Produit d'Estring®

