

Le cancer ovarien ou l'assassin qui murmure à l'oreille des femmes

Geneviève Ostiguy

Béregère, votre patiente de 60 ans, se présente à votre cabinet pour son examen médical périodique. En dépit de l'absence de facteurs de risque, elle se dit inquiète de la menace potentielle que représente le cancer ovarien et insiste pour obtenir un dosage du marqueur tumoral CA-125, convaincue qu'il s'agit d'un test nécessaire d'après ce qu'elle a lu dans divers forums de discussion pour femmes. Lui prescrirez-vous l'examen ? Votre attitude demeurera-t-elle la même si deux de ses tantes paternelles ont déjà souffert de cette affection ? Et que ferez-vous si elle en présente des symptômes évocateurs ?

À N'EN PAS DOUTER, le cancer de l'ovaire fait peur. Puisque la plupart des cas se manifestent initialement par des symptômes frustes et non spécifiques, ils sont souvent découverts tardivement. Aussi, ce cancer s'est-il taillé la réputation peu enviable « d'assassin qui murmure à l'oreille des femmes ».

Dans le cas qui nous préoccupe, un important lobby plaide, dans Internet, en faveur du dosage plus fréquent du CA-125, appuyé notamment par les acteurs Pierce Brosnan et Gene Wilder, dont les conjointes ont été atteintes d'un cancer de l'ovaire. Les omnipraticiens et les gynécologues sont donc particulièrement sollicités par ce genre de requêtes, les patientes étant de plus en plus informées de l'existence d'affections graves qui pourraient éventuellement les toucher et des moyens de dépistage existants. Aussi, tenterons-nous d'y voir plus clair en y apportant toutes les nuances qui s'imposent, tant en

La D^{re} Geneviève Ostiguy, omnipraticienne, exerce en cabinet privé et à l'unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, où elle supervise des résidents et des externes en médecine familiale. Secrétaire de l'Association montréalaise en soins palliatifs, elle est également tutrice de groupes d'apprentissage par problèmes et pratique le monitorat clinique auprès des étudiants en deuxième année de médecine de l'Université de Montréal.

regard du dépistage de première ligne que du diagnostic chez les femmes présentant des symptômes.

Nous nous limiterons cependant aux tumeurs provenant des cellules épithéliales à la surface de l'ovaire. Les néoplasies issues des cellules germinales et stromales ont volontairement été omises pour les besoins du présent article.

D'abord, quelques chiffres

Tout d'abord, sur le plan épidémiologique, le cancer de l'ovaire constitue le sixième cancer le plus fréquent chez la femme. Environ une femme sur 70 risque d'en être atteinte au cours de son existence¹. Or, là où le bât blesse, c'est qu'il s'agit du cancer le plus meurtrier des cancers gynécologiques, car les deux tiers des femmes touchées en meurent².

Malheureusement, en dépit des avancées de la médecine moderne, le nombre de décès par cancer de l'ovaire a augmenté modestement au cours de la dernière décennie. Voilà un préambule qui n'apparaît guère encourageant.

Comment faire le dépistage du cancer de l'ovaire ?

Facteurs de risque

Dans ce contexte, il est important pour le praticien d'être en mesure de repérer les patientes qui présentent un risque de néoplasie ovarienne en vue de poser

Tableau I

Cancer ovarien : facteurs de risque et de protection

Principaux facteurs de risque

- Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire (aussi du sein ou du côlon, chez deux proches parents ou plus)
- Infertilité, nulliparité ou faible parité
- Âge moyen de survenue vers 61 ans
- Ménarche précoce et ménopause tardive
- Hormonothérapie substitutive
- Être originaire d'un pays industrialisé
- Statut socio-économique élevé
- Antécédents personnels de cancer (sein, utérus, côlon, etc.)
- Mutation connue du gène BRCA1 ou BRCA2

Principaux facteurs associés à une réduction du risque de cancer de l'ovaire

- Utilisation de contraceptifs oraux
- Multiparité
- Allaitement maternel
- Hystérectomie
- Ligature tubaire
- Consommation de thé

Autres facteurs de risque mis en cause dans certaines études

- Médicaments utilisés dans le traitement de l'infertilité
- Antécédents d'irradiation pelvienne
- Antécédents d'oreillons
- Tabagisme
- Obésité
- Alimentation riche en graisses et en produits laitiers (galactose)
- Application de poudre de talc sur la région vulvaire
- Taux élevés d'androstènediones circulantes

le diagnostic à un stade précoce. On croit que des ovulations à répétition sont associées à la genèse de la maladie. L'ovulation, en modifiant l'épithélium germinatif, mettrait en marche les mécanismes de réparation cellulaire. Cela créerait des circonstances favorables à l'apparition de délétions et de mutations géniques, qui pourraient ensuite paver la voie à l'apparition d'un cancer (tableau I).

Rôle de l'hérédité

Parmi les facteurs de risque, les antécédents familiaux méritent que l'on s'y attarde. De fait, entre 5 % et 15 % des femmes atteintes d'un cancer ovarien ont des antécédents familiaux de ce type de néoplasie. Une patiente dont une parente du premier degré en a été atteinte (mère, sœur, tante maternelle ou paternelle) a 5 % de risques d'en souffrir un jour. De façon générale, si deux parentes du premier degré ont déjà été touchées par la maladie, le risque grimpe à 7 %. Au sein de cette cohorte, 3 % sont atteintes d'un syndrome héréditaire autosomique dominant³.

Plus spécifiquement, trois types de cancer de l'ovaire héréditaire ont été décrits :

- Le syndrome du cancer du sein et de l'ovaire (responsable de 90 % des cas de cancer héréditaire). Dans ce syndrome, la mutation du gène BRCA1 situé sur le chromosome 17 est responsable de 50 % à 70 % des cas et est associée à un risque de 20 % à 40 % de survenue de cancer ovarien avant l'âge de 85 ans. Celle du gène BRCA2 localisé sur le chromosome 13 est responsable de 15 % à 25 % des cas et est liée à un risque de 10 % à 20 % de survenue de l'affection avant l'âge de 85 ans. À titre comparatif, on estime qu'une femme dont les deux gènes BRCA sont normaux a de 1 % à 2 % de risques d'être atteinte d'une néoplasie ovarienne au cours de son existence.
- Le syndrome de Lynch II ou syndrome du cancer familial (adénocarcinomes touchant de façon variable le côlon, le sein, l'ovaire ou l'endomètre – parfois le pancréas et l'estomac) est responsable de moins de 1 % des cancers génétiques.
- Le cancer de l'ovaire familial (limité à ce siège)⁴.

Facteurs de protection

Si certains facteurs de risque sont immuables, quelles modalités sont jugées efficaces en prévention primaire du cancer de l'ovaire ? En l'absence de contre-indications, la prescription de contraceptifs oraux demeure une modalité efficace en prévention primaire à la portée de tout omnipraticien désireux de diminuer le risque de cancer de l'ovaire chez les patientes préoccupées par cette affection insidieuse. On considère que l'utilisation de contraceptifs oraux pendant aussi peu que de trois à six mois confère une certaine protection⁵, la diminution du risque pou-

vant atteindre de 30 % à 60 % chez celles qui en prennent sur une plus longue période¹⁴. Par ailleurs, on estime que chaque grossesse à terme diminue le risque de néoplasie ovarienne de 10 %. L'allaitement maternel, l'hystérectomie, la ligature tubaire et, récemment, la consommation de thé ont aussi été associés à une réduction du risque. Les facteurs de risque et de protection sont énumérés au *tableau I*.

Dépistage chez une patiente sans symptômes dans la population générale

Vu la faible valeur prédictive positive de l'examen abdomino-pelvien, des échographies abdomino-pelvienne et transvaginale ou du dosage sérique de CA-125 comme modalités de dépistage, et étant donné les complications éventuelles liées à une chirurgie exploratoire⁶, le *Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs juge raisonnable d'exclure ces examens de l'examen médical périodique des patientes sans symptômes, tant en préménopause qu'après la ménopause (recommandation de catégorie D)*. Toutefois, si un examen pelvien doit être effectué pour un autre motif, par exemple pour une cytologie ou une inspection du col de l'utérus, il serait souhaitable de procéder à l'examen des annexes par la même occasion⁷.

Dépistage chez une patiente sans symptômes présentant des antécédents familiaux de cancer ovarien

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne possède pas assez de données pour recommander ou non le dépistage d'une néoplasie de l'ovaire chez les femmes jugées à risque du fait qu'une ou plusieurs parentes du premier degré ont déjà eu un tel cancer (recommandation de catégorie C). Vu l'incidence beaucoup plus élevée du cancer ovarien chez les patientes ayant des facteurs héréditaires qui les prédisposent à la maladie, les groupes d'experts, dont l'American College of Physicians, recommandent de les adresser dès l'âge de 30 à 35 ans, à un centre uni-

versitaire spécialisé afin qu'elles aient accès régulièrement (tous les 6 à 12 mois) à un dépistage comprenant différents types d'examen, à savoir l'examen pelvien, l'échographie transvaginale et le dosage des concentrations sériques du CA-125.

À quelles femmes devrait-on offrir un dépistage génétique en raison d'antécédents familiaux de néoplasie de l'ovaire ? Il est clair qu'il semble particulièrement pertinent d'offrir un dépistage génétique (notamment la recherche d'une mutation du gène BRCA1 ou BRCA2) aux femmes dont plus d'une parente du premier degré a souffert d'un cancer de l'ovaire ou du sein, surtout si le diagnostic a été posé assez tôt dans leur vie adulte. On peut offrir aux patientes porteuses d'une mutation du gène BRCA de subir une ovariectomie bilatérale (une fois leur petite famille complétée), tout en gardant en tête que le risque de carcinomatose péritonéale primaire n'est pas complètement éliminé par cette intervention chirurgicale et que la supplémentation œstrogénique prescrite à la suite de celle-ci peut, en contrepartie, augmenter le risque de néoplasie du sein.

Quelle est la valeur des outils de dépistage existants ?

Quelques essais cliniques à répartition aléatoire importants sont en cours pour déterminer l'influence des divers outils de dépistage sur les décès par cancer de l'ovaire. En attendant, voici ce que les données actuelles nous indiquent sur l'utilité relative de chacun d'eux.

Toucher vaginal et examen pelvien

Chez une patiente sans symptômes, on considère que le toucher vaginal associé à l'examen pelvien est un outil de dépistage plutôt inefficace, en raison de sa faible sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive. En effet, on estime que le dixième des masses pelviennes de moins de dix centimètres ne sont pas découvertes lors d'un examen physique périodique, l'estimation de la taille d'une masse annexielle n'étant

En l'absence de contre-indications, la prescription de contraceptifs oraux demeure une modalité efficace en prévention primaire à la portée de tout omnipraticien désireux de diminuer le risque de cancer de l'ovaire chez les patientes préoccupées par cette affection insidieuse.

Tableau II

Causes d'élévation du taux de CA-125

- Cancer de l'ovaire
- Tumeurs malignes du sein, de l'utérus, des trompes de Fallope, du poumon, de l'estomac, du pancréas, du côlon et de la vessie
- Endométriose
- Léiomyomes utérins
- Adénomyose
- Maladies pelviennes inflammatoires
- Grossesse
- Règles
- Tumeurs épithéliales bénignes
- Tuberculose
- Insuffisance cardiaque congestive
- Cirrhose
- Diverticulite

exacte à deux centimètres près que dans un peu plus des deux tiers des cas.

Test de Papanicolaou

Bien que sa valeur dans le dépistage du cancer du col ne soit plus à démontrer, le test de Papanicolaou n'offre une sensibilité que de 10 % à 30 % dans le dépistage du cancer de l'ovaire.

Échographie abdomino-pelvienne

En dépit d'une bonne sensibilité et d'une bonne spécificité, l'échographie abdomino-pelvienne n'offre qu'une valeur prédictive positive de 1,5 % chez les patientes sans symptômes de 45 ans et plus, en raison de la faible prévalence du cancer ovarien dans la population générale.

Échographie transvaginale

Certains croient que l'utilisation d'ultrasons de plus haute fréquence donne une image de meilleure qualité, puisque la sonde se trouve plus près de la

zone d'intérêt. Bien que sa sensibilité soit bonne, l'échographie transvaginale standard a également une faible valeur prédictive positive (environ 7,5 %), en raison de la faible prévalence du cancer de l'ovaire parmi les femmes sans symptômes. Cependant, de nouvelles méthodes reposant sur la taille, la complexité et la présence de projections papillaires à partir des parois de la masse kystique ou mixte ont récemment été employées en vue de tenter d'améliorer la spécificité des observations échographiques.

Échographie Doppler en couleur

Cet outil peut augmenter la spécificité et la valeur prédictive positive du dépistage – lorsqu'il est utilisé conjointement avec l'échographie transvaginale (et parfois avec l'échographie abdomino-pelvienne). En effet, les augmentations du débit sanguin produites par la néovascularisation tumorale (angiogenèse précoce) sont alors détectées⁸. Son coût prohibitif rend cependant irréaliste son utilisation dans le cadre d'un dépistage à l'échelle de la population générale.

Tomodensitométrie abdomino-pelvienne

La tomodensitométrie permet de visualiser les régions pelvienne et rétropéritonéale. Elle se montre plus sensible que l'échographie pour distinguer une masse bénigne d'une tumeur maligne, mais sa spécificité demeure comparable. En effet, cet examen est associé à un taux de faux négatifs d'environ 45 %.

Ce fameux CA-125...

Le CA-125 est un déterminant antigénique d'une glycoprotéine de poids moléculaire élevé, exprimée à la surface de l'ovaire et reconnue par l'anticorps monoclonal OC-125. Dans la détection du cancer de l'ovaire, la sensibilité du dosage du CA-125 oscille entre 30 % et 35 % et sa spécificité se situe à 95 % (pour un seuil de détection de 35 U/ml)⁹. Il en résulte qu'une concentration normale de CA-125 peut se révéler faussement rassurante. Comme les

Une concentration de CA-125 normale peut se révéler faussement rassurante. Comme les résultats sont normaux dans la moitié des cas de cancers de stade 1, le dosage du CA-125 ne permet pas d'exclure une néoplasie ovarienne à ses débuts.

Repère

résultats du dosage sont normaux dans la moitié des cas de cancers de stade 1, ce test ne permet pas d'exclure une néoplasie ovarienne à ses débuts.

Qui plus est, l'augmentation de la concentration de CA-125 peut être associée au cancer de l'ovaire, bien sûr, mais aussi à une grande variété d'affections médicales, qui sont énumérées au *tableau II*¹⁰.

Il semble important de souligner que 1 % de la population générale présente une hausse soutenue des valeurs de CA-125 dans le cadre d'un suivi au long cours. Si les résultats de l'échographie prescrite sont normaux, il faudra donc songer aux autres causes possibles d'élévation mentionnées au *tableau II*. Si les examens initiaux s'avèrent négatifs et ne permettent pas de confirmer les hypothèses diagnostiques les plus fréquentes, il serait alors pertinent d'informer les patientes des avantages potentiels et des risques d'une intervention chirurgicale diagnostique. Par ailleurs, on ne trouve aucune cause évidente pour expliquer l'augmentation de la concentration de ce marqueur tumoral chez 3 % des femmes de plus de 50 ans !

De nouvelles avenues de dépistage ?

De nouvelles modalités de dépistage sont envisagées dans l'avenir, notamment l'emploi de schèmes protéomiques sériques ainsi que la mise au point de marqueurs biologiques, comme l'OVX1, l'ostéopontine et le M-CSF (facteur stimulant la prolifération des macrophages).

Quel est le tableau clinique et paraclinique du cancer de l'ovaire ?

Signes et symptômes

De par la multiplicité et la non-spécificité des signes et symptômes du cancer de l'ovaire¹¹, le diagnostic est malheureusement encore souvent posé trop tardivement. Des symptômes gastro-intestinaux vagues sans cause connue d'origine digestive, comme les nausées et vomissements, la dyspepsie, la douleur abdominale ou pelvienne, des changements dans la fréquence ou l'aspect des selles, le ballonnement et la présence d'ascite, doivent nous faire soupçonner un cancer ovarien. Des symptômes généraux tels que la perte ou le gain de poids, l'anorexie et la fatigue peuvent également nous mettre sur la piste. Au fur et à mesure que la maladie évolue, les symp-

Tableau III

Diagnostic différentiel du cancer de l'ovaire

Causes gynécologiques

- ⊗ Endométriose
- ⊗ Hydrosalpinx
- ⊗ Grossesse ectopique
- ⊗ Léiomyomes pédiculés
- ⊗ Masses annexielles bénignes
 - ⊕ kystes folliculaires
 - ⊕ kystes du corps jaune
- ⊗ Syndrome de Meigs : association de léiomyome ovarien, d'ascite et d'épanchement pleural

Lésions d'origine non gynécologique

- ⊗ Rein en fer à cheval
- ⊗ Rein pelvien
- ⊗ Métastases d'autres cancers primaires

tômes liés à la présence de métastases ou à l'envahissement des organes du petit bassin peuvent se manifester, à savoir une dorsolombalgie, de la dyspareunie, des modifications du cycle menstruel, des saignements vaginaux, de l'infertilité, de l'incontinence urinaire ou des mictions impérieuses. L'apparition d'un épanchement pleural et de symptômes d'obstruction intestinale est aussi possible en phase plus tardive.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel gynécologique est indiqué au *tableau III*. Étant donné la grande variabilité des symptômes d'appel du cancer de l'ovaire, les sphères digestive et urologique comptent plusieurs affections qui peuvent y ressembler de près ou de loin. Des maladies systémiques responsables d'ascite, telles que les insuffisances hépatique, cardiaque et rénale, méritent aussi d'être considérées comme causes possibles de ce signe physique. Par ailleurs, le syndrome de Meigs (association de léiomyome ovarien, d'ascite et d'épanchement pleural) peut ressembler de prime abord à une néoplasie de l'ovaire. Enfin, les métastases de cancers primaires issues du sein, de l'endomètre, de l'estomac et du côlon peuvent être confondues avec une tumeur ovarienne primitive (les métastases ovariennes de ces

deux derniers cancers primaires se nomment « tumeurs de Krukenberg »).

Comment poser un diagnostic en présence de symptômes évocateurs ?

Dans cette conjoncture, comment poser un diagnostic de cancer ovarien ? Bien évidemment, l'anamnèse et l'examen physique demeurent les outils de base du clinicien. En présence de symptômes suspects, un examen gynécologique peut être fait dans un premier temps. Il devrait en principe comprendre un examen au spéculum, un test de Papanicolaou et des touchers vaginal et rectovaginal à la recherche d'une masse pelvienne, d'un utérus volumineux ou d'une induration du cul-de-sac de Douglas. Il faut également rechercher activement la présence d'adénopathies susclaviculaires ou inguinales. Un clinicien averti découvrira peut-être la présence d'un nodule ombilical appelé « nodule de Sœur Marie-Joseph », en référence à l'implantation d'une métastase cutanée au niveau du nombril.

Si l'anamnèse ou l'examen physique sont inquiétants, une échographie transvaginale devrait être prescrite. Après la ménopause, on considère que les dimensions normales d'un ovaire ne devraient pas excéder de 1,5 à 2 centimètres. Une masse plus volumineuse devra donc faire l'objet d'une évaluation. D'autres caractéristiques échographiques sont davantage associées au cancer de l'ovaire : la présence d'une masse bilatérale, échogène, solide ou mixte (kystique et solide), multiloculaire, présentant de multiples septations (surtout si elles ont plus de 3 mm) ou entourée d'ascite est fortement évocatrice d'une néoplasie de l'ovaire.

Une radiographie pulmonaire, destinée à trouver un éventuel épanchement pleural et à détecter des métastases pulmonaires, ainsi qu'une tomodensitométrie abdomino-pelvienne ou une résonance magnétique (selon les milieux) font partie du bilan d'extension. Selon le stade présumé et les symptômes associés au système concerné, il peut parfois être utile de prescrire une cystoscopie, une pyélographie in-

traveineuse, un lavement baryté ou une coloscopie.

Il est d'usage de doser le CA-125 avant l'intervention chirurgicale afin de pouvoir suivre l'évolution d'un éventuel cancer. Par la suite, un diagnostic histologique (congélation peropératoire) doit être obtenu par chirurgie, car une biopsie percutanée pourrait causer la rupture d'un kyste et favoriser une dissémination de la tumeur dans l'abdomen. Ainsi, une exploration s'impose en vue d'obtenir des biopsies de lésions suspectes sur les ovaires, les trompes ou l'épiploon ou encore dans le péritoine (associées, en l'absence de liquide libre, à des lavages péritonéaux pour une analyse cytologique).

Quelles sont les interventions possibles et le suivi ultérieur ?

Traitement

La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique selon le stade de la maladie (*tableau IV*). À cet égard, les répercussions psychologiques quant à la valeur symbolique de la conception et de la capacité génératrice associées aux ovaires aux yeux de bien des femmes¹² ainsi que les questions liées à la reproduction future devront être abordées. Dans certains cas particuliers, il est possible de préserver un ovaire ou d'entreposer des ovules et des embryons en vue d'une utilisation ultérieure.

Ainsi, les tumeurs de stade I peuvent parfois être traitées par chirurgie conservatrice. Puisque la plupart des cancers de l'ovaire sont déjà avancés (étant souvent de stade III) au moment du diagnostic, ils nécessitent une hystérectomie abdominale totale et une salpingo-ovariectomie bilatérale, suivies d'une omentectomie (avec lavages cytologiques du péritoine) et parfois d'une lymphadénectomie et d'une exérèse de certaines parties du tube digestif.

Les cancers plus avancés sont, de plus, traités par chimiothérapie, bien que les résultats ne soient guère miraculeux à ce stade. Les agents alkylants et le phosphate de chrome avaient surtout été étudiés dans le passé. La chimiothérapie intra-abdominale est un

Après la ménopause, on considère que les dimensions normales d'un ovaire ne devraient pas excéder de 1,5 à 2 centimètres. Une masse plus volumineuse devra donc faire l'objet d'une évaluation.

Repère

Tableau IV

Classification simplifiée du cancer ovarien d'après la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et survie après 5 ans selon le stade de la maladie

Stade	Survie après 5 ans
Stade I : cancer limité aux ovaires	80 %–90 %
Stade II : extension tumorale limitée au bassin	60 %–70 %
Stade III : présence de métastases intrapéritonéales extrapelviennes ou d'adénopathies malignes rétropéritonéales ou inguinales	15 %–30 %
Stade IV : présence de métastases à distance	5 %–18 %

peu plus prometteuse, mais le régime standard comprend à l'heure actuelle six cycles de paclitaxel (Taxol^{MD}) et de carboplatine (Paraplatin^{MD}), donnés tous les 21 jours. En plus d'effets généraux comme l'inappétence et la fatigue, les effets secondaires les plus fréquents associés au paclitaxel ou au carboplatine comprennent nausées et vomissements, perte de cheveux, toxicité rénale et neuropathie périphérique. Dans quelques centres, certains gynécologues préconisent le recours à une seconde laparotomie après la chimiothérapie en vue d'évaluer la réponse au traitement ou de procéder à une cytoréduction en cas de cancer ovarien récurrent ou persistant¹³.

Quant à la radiothérapie, elle constitue un traitement adjuvant qui peut être préconisé dans certains cas, mais son efficacité demeure controversée.

Finalement, de meilleurs médicaments chimiothérapeutiques et des modalités d'administration plus efficaces, un traitement immunogène par anticorps monoclonaux, des vaccins antitumoraux, l'utilisation d'adénovirus et la thérapie génique figurent parmi les options thérapeutiques envisagées dans l'avenir.

Suivi

Bien que la survie ne soit pas améliorée par le traitement d'un cancer récurrent, il convient de procéder à un examen physique et de prescrire une échographie transvaginale de même qu'un dosage du CA-125 tous les trois à six mois. Une augmentation de la concentration de CA-125 témoigne d'une néoplasie persistante dans 97 % des cas. De plus, tel qu'on l'a mentionné auparavant, une concentration normale de CA-125 n'exclut pas la présence, la per-

sistance ou la récurrence de la néoplasie. Compte tenu de cette particularité du cancer de l'ovaire et des nuances propres aux outils utilisés dans le suivi de cette affection insidieuse, l'omnipraticien doit pouvoir assurer la prise en charge et le suivi ultérieurs des patientes de concert avec un gynécologue et un hémato-oncologue expérimentés dans le domaine.

Retour sur le cas de Bérengère

En réponse à la première question clinique adressée en préambule, sans vouloir nier le droit des patientes à subir certains tests, il serait important d'aviser Bérengère de la non-pertinence de lui prescrire un dosage sérique du CA-125 en guise de dépistage d'une néoplasie ovarienne, considérant l'absence de symptômes, de facteurs de risque et d'antécédents familiaux de cette maladie. Plus spécifiquement, il faudrait sommairement l'informer des répercussions de l'examen, lui exposer les taux de faux négatifs et de faux positifs qui y sont associés et lui expliquer que la prescription d'examens complémentaires peut faire suite à un résultat positif. Qui plus est, ce résultat « positif » pourrait s'avérer non fondé après une exploration chirurgicale, dont la morbidité n'est pas négligeable. Par contre, si deux de ses tantes paternelles ont déjà souffert d'un cancer de l'ovaire, Bérengère devrait être adressée à un centre de recherche universitaire en vue d'un dépistage faisant appel à plusieurs modalités (examen pelvien, échographie transvaginale, CA-125) et d'une évaluation génétique (si désirée). En effet, un père en santé peut transmettre à ses filles la propension familiale au cancer ovarien héréditaire. Enfin, en

présence de symptômes évocateurs d'une tumeur ovarienne, le dosage du CA-125 fera partie des examens prescrits.

EN SOMME, étant donné que la survie après cinq ans chez les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire de stade I est d'environ 88 %, alors qu'elle n'est que de 18 % chez les femmes ayant un cancer de stade IV, il est impératif de repérer les patientes à risque ou celles qui présentent des symptômes de cancer le plus tôt possible. À cet égard, l'omnipraticien a un rôle de premier plan à jouer dans la prévention, le dépistage, l'évaluation initiale et une portion du suivi de cette néoplasie qui pardonne peu. En première ligne, n'est-ce pas dans cette direction que les efforts devraient être dirigés ? ☞

Date de réception : 20 juillet 2005

Date d'acceptation : 7 novembre 2005

Mots-clés : cancer ovarien, dépistage, diagnostic, traitement, suivi, CA-125

Bibliographie

1. Steinberg WM. Elevated CA-125: Pandora's box. *Patient Care* 2005; 16 (7) : 12.
2. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer 2005. Toronto. Site Internet : www.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86755361/18/13/399036039cw_stats_2005_fr.pdf (Page consultée le 6 novembre 2005)
3. Abells Y. Ovarian cancer: A review. *Patient Care* 2004; 15 (10) : 44.
4. Elit L. Familial ovarian cancer. *Can Fam Physician* 2001; 47 : 778-84.
5. The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development: the reduction in risk of ovarian cancer associated with oral contraceptive use. *N Engl J Med* 1987; 316 : 650-5.
6. Buchsbaum HJ, Brady MF, Delgado G et coll. Surgical staging of carcinoma of the ovaries. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169 (3) : 226-32.
7. Gladstone CQ. Dépistage du cancer de l'ovaire. Dans : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Santé Canada; 1994. pp. 984-5.
8. Bourne T, Campbell S, Steer C et coll. Transvaginal colour flow imaging: a possible new screening technique for ovarian cancer. *Br Med J* 1989; 299 (6712) : 1367-70.
9. Steinberg WM. Elevated CA-125 levels. *Patient Care* 2003; 14 (9) : 42.
10. Eltabbakh GH, Belinson JL, Kennedy AW, Gupta M, Webster K, Blumenson LE et coll. Serum CA-125 measurements > 65 U/mL. Clinical value. *J Reprod Med* 1997; 42 (10) : 617-24.
11. Dorigo O, Baker VV. Premalignant and Malignant Disorders of the Ovaries and Oviducts. Dans : DeCherney AH, Nathan L,

Summary

Ovarian cancer: the killer whispering to women. The etiology of ovarian cancer is multifactorial and is related to hormonal, genetic, immunologic, environmental and nutritional factors. Even though various treatments geared towards lowering the number of ovulations protect women somewhat, it is still a cancer which is often discovered too late – thus explaining the high mortality rate, especially in its advanced stages. An impressive variety of gynaecologic, gastrointestinal, urinary and systemic signs and symptoms may appear – thus providing a large range of possible differential diagnoses. Numerous screening tools are available (namely the pelvic exam, the transvaginal ultrasound and the serum level of CA-125), but their use is not recommended routinely in asymptomatic patients, unless some of their first-degree relatives have suffered from ovarian cancer. Should suspicious signs or symptoms appear, the diagnosis should indeed be based on the findings from the patient history, physical exam, radiological investigations and blood tests. However, the exams available to the general public are usually not considered sensitive or specific enough. Consequently, a definite answer requires surgical exploration and a histological diagnosis. Depending on the staging, treatment relies on surgery, with or without chemotherapy or radiotherapy. The subsequent follow-up should be regular and rigorous; collaboration between the general practitioner and the gynaecologist as well as the oncologist is essential in these cases.

Keywords: ovarian cancer, screening, diagnosis, treatment, follow-up, CA-125

12. Northrup C. *Women's Bodies, Women's Wisdom*. 2^e éd. New York : Bantam Books; 1998 ; 234-5.
13. Chu CS, Rubin SC. Second-look laparotomy for epithelial ovarian cancer: a reappraisal. *Curr Oncol Rep* 2001 ; 3 (1) : 11-8.
14. Hankinson SE, Colditz GA, Hunter DJ, Spencer TL, Rosner B, Stampfer MJ. A quantitative assessment of oral contraceptive use and risk of ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1992; 80 (4) : 708-14.