

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Hédon*

Troisième partie  
**Gynéco-pathologie**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Faut-il faire des salpingectomies systématiques lors des hystérectomies inter-annexielles ?

G. BABIN, J. COMMENY, J.L. BRUN \*  
(Bordeaux)

## Résumé

*Les cancers ovariens de type séreux pourraient être prévenus par une salpingectomie prophylactique permettant l'exérèse de possibles lésions précancéreuses. Ce geste paraît faisable au cours de l'hystérectomie quelle que soit la voie d'abord et ne semble pas augmenter la morbidité per- et postopératoire. Un bénéfice est attendu à long terme aussi bien sur le plan oncologique qu'infectieux. Cependant, les rares études cliniques sont de faible puissance et il convient d'attendre le résultat des études prospectives multicentriques avant de recommander cette stratégie en routine.*

*Mots clés : salpingectomie, hystérectomie, cancer de l'ovaire, lésions précancéreuses*

CHU Pellegrin - Centre Aliénor d'Aquitaine - Pôle d'obstétrique, reproduction, gynécologie - 33076 Bordeaux

\* Correspondance : jean-luc.brun@chu-bordeaux.fr

## **Déclaration publique d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt sur ce thème.

Des annexectomies prophylactiques sont réalisées depuis une vingtaine d'années chez les patientes à haut risque de cancer (Lynch, mutation BRCA) une fois leur projet parental accompli, ce qui permet de réduire le risque relatif de cancer ovarien de 75 % à 96 % [1]. Cependant, les effets négatifs de la ménopause précoce induite et l'implication des lésions précancéreuses séreuses tubaires (STIC) dans la genèse des cancers séreux de l'ovaire ont conduit certains à proposer une salpingectomie première puis une ovariectomie en péri-ménopause [2].

Chez les patientes à bas risque non mutées, l'examen anatomopathologique des trompes réalisé au cours des hystérectomies révèle des STIC de découverte fortuite dans environ 1 % des cas [3].

Certains cancers ovariens pourraient être ainsi prévenus par une salpingectomie concomitante à l'hystérectomie, à condition que ce geste soit faisable pour le chirurgien dans sa pratique quotidienne et acceptable pour la patiente en termes de morbidité avec un bénéfice à long terme.

## **I. FAISABILITÉ**

En France, 68 910 hystérectomies avec 31 045 annexectomies ont été réalisées en 2013 [4]. Environ 40 % de ces interventions ont été faites par voie vaginale. Cependant, le principal facteur influençant l'annexectomie a été la voie d'abord avec 20 % d'annexectomie en cas d'hystérectomie vaginale et jusqu'à 62 % en cas d'hystérectomie par laparotomie.

Aux États-Unis, dans une population de 2 millions de femmes ayant eu une hystérectomie pour des raisons bénignes entre 1998 et 2006, la réalisation concomitante d'une annexectomie bilatérale par

voie vaginale (15 %) augmentait le risque de complications post-opératoires, alors que les voies abdominale (72 %) et cœlioscopique (13 %) le diminuaient significativement [5].

La voie vaginale est donc souvent décrite pour la réalisation d'une annexectomie. Cependant, dans les études spécifiquement orientées sur sa faisabilité, les taux de succès de l'annexectomie sont supérieurs à 90 % en cas d'hystérectomie vaginale tout venant et de 66 % lors des cures de prolapsus chez des femmes de plus de 60 ans [6-8]. La voie vaginale exclusive est plus rapide que la voie cœlioscopique, les pertes sanguines similaires et les durées de séjour et de convalescence significativement diminuées par rapport à la voie abdominale [9]. L'hystérectomie et l'annexectomie par voie vaginale n'augmentent pas la morbidité per- et postopératoire par rapport à l'hystérectomie vaginale seule [10]. Les coûts sont moindres par voie vaginale que par voies abdominale et cœlioscopique [11]. Il n'y a pas d'études spécifiquement dédiées à la salpingectomie concomitante par voie basse, mais l'absence de ligature du ligament lombo-ovarien rend a priori le geste encore plus aisé. Dans une étude de cohorte rétrospective où 18 % des 3 670 hystérectomies étaient faites par voie basse entre 2008 et 2011, la salpingectomie n'augmentait que de 16 minutes la durée moyenne de l'intervention [12]. Aucune différence de morbidité per- et postopératoire n'a été observée dans les études comparatives par voie cœlioscopique [13, 14].

La réalisation d'une salpingectomie prophylactique paraît donc faisable et sans risque opératoire majeur, quelle que soit la voie d'abord de l'hystérectomie.

## II. ACCEPTABILITÉ

La crainte que la salpingectomie puisse altérer la vascularisation ovarienne et altérer la fonction hormonale est légitime [2]. Cependant, les études récentes comparant l'hystérectomie avec salpingectomie à l'hystérectomie seule ne montrent pas plus d'anomalie échographique morphologique et vasculaire ovarienne [14]. Il n'y a pas plus d'altération de la réserve ovarienne 3 mois après salpingectomie concomitante, comme le montrent les dosages plasmatiques d'AMH, de FSH, et le compte des follicules antraux [13, 14].

Sur le plan psychologique, seules les conséquences de l'annexectomie prophylactique ont été étudiées chez les femmes

mutées. Les scores moyens de qualité de vie physique ou mentale étaient similaires avant et après annexectomie [15]. L'ovaire étant préservé en cas de salpingectomie seule chez les patientes à bas risque, en l'absence de symptômes liés à une ménopause précoce, la qualité de vie ne devrait pas s'altérer.

### III. BÉNÉFICES ATTENDUS

Le bénéfice d'une salpingectomie pour les patientes à bas risque oncologique dans la prévention des tumeurs ovariennes n'est pas établi. Cependant, plusieurs pistes laissent présager un bénéfice.

Sur le plan oncologique, le cancer de l'ovaire survient à un âge moyen de 60 ans et se développe sur des ovaires « restants » dans 7 à 17 % des cas [16]. Les STIC sont observées vers 50 ans chez les femmes mutées [17, 18]. Elles sont aussi retrouvées dans 50 à 60 % des tumeurs séreuses de haut grade sporadiques [19]. On peut donc penser qu'une salpingectomie réalisée autour de 45 ans, âge moyen des hystérectomies pour maladies bénignes, sera prophylactique.

En dehors du risque oncologique, le taux de réintervention après hystérectomie interannexielle pour des complications annexielles peut atteindre 12 %, dont 4 % imputés à des complications tubaires (hydro-salpinx, pyosalpinx) [20]. Le risque de salpingectomie est 2 fois plus important chez les femmes ayant eu une hystérectomie interannexielle par rapport à celles n'ayant pas eu d'hystérectomie [21].

### CONCLUSION

De nombreux arguments plaident en faveur de la salpingectomie prophylactique lors des hystérectomies réalisées pour pathologies bénignes. Cependant, il n'y a que deux études spécifiquement orientées sur cette question : une étude pilote randomisée à faible effectif et une série rétrospective comparative [13, 14]. Ces 2 études ont un recul de 3 mois, ce qui est insuffisant pour juger du devenir des ovaires à long terme sur le plan hormonal et morphologique. Il faut donc rester prudent avant de recommander cette pratique en routine et attendre le résultat des PHRC (programmes hospitaliers de recherche clinique)

multicentriques français étudiant : 1) la fimbriectomie radicale chez les femmes à haut risque avec un objectif d'inclusion de 120 patientes et un suivi sur 3 ans (Lille, 2011) ; 2) la salpingectomie associée à l'hystérectomie chez les femmes à bas risque avec un objectif de 350 patientes randomisées hystérectomie + salpingectomie *versus* hystérectomie interannexielle et un suivi sur 14 mois (Tours, 2012).

## Bibliographie

- [1] Powell CB. Risk reducing salpingo-oophorectomy for BRCA mutation carriers: twenty years later. *Gynecol Oncol* 2014;132: 261-3.
- [2] Holman LL, Friedman S, Daniels MS, Sun CC, Lu KH. Acceptability of prophylactic salpingectomy with delayed oophorectomy as risk-reducing surgery among BRCA mutation carriers. *Gynecol Oncol* 2014;133:283-6.
- [3] Rabban JT, Garg K, Crawford B, Chen LM, Zaloudek CJ. Early detection of high-grade tubal serous carcinoma in women at low risk for hereditary breast and ovarian cancer syndrome by systematic examination of fallopian tubes incidentally removed during benign surgery. *Am J Surg Pathol* 2014;38:729-42.
- [4] Huchon C. État des lieux des hystérectomies en France. *Real Gynecol Obstet* 2013;167:1-4.
- [5] Asante A, Whiteman MK, Kulkarni A, Cox S, Marchbanks PA, Jamieson DJ. Elective oophorectomy in the United States: trends and in-hospital complications, 1998-2006. *Obstet Gynecol* 2010;116:1088-95.
- [6] Camanni M, Mistrangelo E, Febo G, Ferrero B, Deltetto F. Prophylactic bilateral oophorectomy during vaginal hysterectomy for benign pathology. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280:87-90.
- [7] Davies A, O'Connor H, Magos AL. A prospective study to evaluate oophorectomy at the time of vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:915-20.
- [8] Karp DR, Mukati M, Smith AL, Suciú G, Aguilar VC, Davila GW. Predictors of successful salpingo-oophorectomy at the time of vaginal hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2012; 19:58-62.

- [9] Nwosu CR, Gupta JK. Abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy: a feasibility study for further evaluation in randomized trials. *Surg Endosc* 1999;13:148-50.
- [10] Cho HY, Kang SW, Kim HB, Park SH, Park ST. Prophylactic adnexectomy along with vaginal hysterectomy for benign pathology. *Arch Gynecol Obstet* 2012;286:1221-5.
- [11] Woelk JL, Borah BJ, Trabuco EC, Heien HC, Gebhart JB. Cost differences among robotic, vaginal, and abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2014;123:255-62.
- [12] McAlpine JN, Hanley GE, Woo MM, Tone AA, Rozenberg N, Swenerton KD, Gilks CB, Finlayson SJ, Huntsman DG, Miller DM; Ovarian Cancer Research Program of British Columbia. Opportunistic salpingectomy: uptake, risks, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:471.e1-11.
- [13] Findley AD, Siedhoff MT, Hobbs KA, Steege JF, Carey ET, McCall CA, Steiner AZ. Short-term effects of salpingectomy during laparoscopic hysterectomy on ovarian reserve: a pilot randomized controlled trial. *Fertil Steril* 2013;100:1704-8.
- [14] Morelli M, Venturella R, Mocciano R, Di Cello A, Rania E, Lico D, D'Alessandro P, Zullo F. Prophylactic salpingectomy in premenopausal low-risk women for ovarian cancer: *primum non nocere*. *Gynecol Oncol* 2013;129:448-51.
- [15] Finch A, Metcalfe KA, Chiang J, Elit L, McLaughlin J, Springate C, Esplen MJ, Demsky R, Murphy J, Rosen B, Narod SA. The impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on quality of life and psychological distress in women with a BRCA mutation. *Psycho Oncol* 2013;22:212-9.
- [16] Parker WH, Broder MS, Chang E, Feskanich D, Farquhar C, Liu Z, Shoupe D, Berek JS, Hankinson S, Manson JE. Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the nurses' health study. *Obstet Gynecol* 2009;113:1027-37.
- [17] Reitsma W, de Bock GH, Oosterwijk JC, Bart J, Hollema H, Mourits MJ. Support of the « fallopian tube hypothesis » in a prospective series of risk-reducing salpingo-oophorectomy specimens. *Eur J Cancer* 2013;49:132-41.
- [18] Mingels MJ, Roelofsens T, van der Laak JA, de Hullu JA, van Ham MA, Massuger LF, Bulten J, Bol M. Tubal epithelial lesions in salpingo-oophorectomy specimens of BRCA-mutation carriers and controls. *Gynecol Oncol* 2012;127:88-93.
- [19] Przybycin CG, Kurman RJ, Ronnett BM, Shih IeM, Vang R. Are all pelvic (nonuterine) serous carcinomas of tubal origin? *Am J Surg Pathol* 2010;34:1407-16.
- [20] Vorwegk J, Radosa MP, Nicolaus K, Baus N, Jimenez Cruz J, Rengsberger M, Gajda M, Diebolder H, Runnebaum IB. Prophylactic bilateral salpingectomy (PBS) to reduce ovarian cancer risk incorporated in standard premenopausal hysterectomy: complications and reoperation rate. *J Cancer Res Clin Oncol* 2014;140:859-65.
- [21] Guldberg R, Wehberg S, Skovlund CW, Mogensen O, Lidegaard O. Salpingectomy as standard at hysterectomy? A Danish cohort study, 1977-2010. *BMJ Open* 2013;3:e002845.