

Prise en charge des masses pelviennes / ovariennes : Évaluation initiale et lignes directrices quant à l'orientation des patientes

La présente directive clinique a été rédigée et approuvée par le comité sur les politiques et les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada / la Société des gynécologues oncologues du Canada / la Société canadienne des colposcopistes, et par le comité sur l'imagerie diagnostique de la SOGC. Elle a été approuvée par le comité exécutif de la Société des gynécologues oncologues du Canada, le comité exécutif de la Société canadienne des colposcopistes et le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Celle-ci remercie l'Association canadienne des radiologistes de son apport et de ses conseils en ce qui concerne les lignes directrices sur l'imagerie pour la création de cette norme.

AUTEURS PRINCIPAUX

Tien Le, MD, Ottawa (Ont.)

Christopher Giede, MD, Saskatoon (Sask.)

AUTEUR COLLABORATEUR

Shia Salem, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ SUR LES POLITIQUES ET LES DIRECTIVES CLINIQUES SOGC/GOC/SCC

Tien Le (président), MD, Ottawa (Ont.)

Guylaine Lefebvre, MD, Toronto (Ont.)

Barry Rosen, MD, Toronto (Ont.)

James Bentley, MB, ChB, Halifax (N.-É.)

Christopher Giede, MD, Saskatoon (Sask.)

Rachel Kupets, MD, Toronto (Ont.)

Patti Power, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Marie-Claude Renaud, MD, Québec (Québec)

Peter Bryson, MD, Kingston (Ont.)

Donald B. Davis, MD, Medicine Hat (Alb.)

Susie Lau, MD, Montréal (Québec)

Robert Lotocki, MD, Winnipeg (Man.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

COMITÉ SUR L'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE DE LA SOGC

Lucie Morin (présidente), MD, Outremont (Québec)

Stephen Bly, MD, Ottawa (Ont.)

Kimberly Butt, MD, Fredericton (N.-B.)

Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.)

Nanette Denis, RDMS, CRGS, Saskatoon (Sask.)

Robert Gagnon, MD, Montréal (Québec)

Marja Anne Hietala-Coyle, inf. aut., Halifax (N.-É.)

Kenneth Ian Lim, MD, Vancouver (C.-B.)

Annie Ouellet MD, Sherbrooke (Québec)

Maria-Hélène Racicot, MD, Montréal (Québec)

Shia Salem, MD, Toronto (Ont.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectifs : Optimiser la prise en charge des masses annexielles et aider les médecins de premier recours et les gynécologues à identifier les patientes présentant une masse ovarienne qui s'accompagne d'un risque considérable de malignité pour lesquelles une orientation et une prise en charge en oncologie gynécologique devraient être envisagées.

Mots clés : Pelvic mass, ultrasound evaluation, surgical management

Options : Évaluation laparoscopique, stadification par chirurgie exhaustive (pour ce qui est du cancer de l'ovaire précoce) ou chirurgie de réduction tumorale (pour ce qui est du cancer de l'ovaire de stade avancé).

Issues : Optimiser la prise en charge conservatrice (par comparaison avec la prise en charge opératoire) des femmes présentant une possible malignité ovarienne et optimiser la participation des gynécologues oncologues à la planification et à la mise en œuvre du traitement.

Résultats : La littérature publiée a été localisée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed ou MEDLINE, CINAHL et la Cochrane Library, au moyen d'un vocabulaire contrôlé approprié et de mots clés. Les résultats ont été limités aux analyses

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs³³.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif³³.

systématiques, aux essais comparatifs randomisés / cliniques et aux études observationnelles. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes du domaine de l'évaluation des technologies de santé, les collections de directives cliniques, les registres d'essais cliniques et les sites Web de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Recommandations

1. Les médecins de premier recours et les gynécologues devraient toujours envisager la possibilité d'un cancer de l'ovaire sous-jacent chez toute patiente, quel qu'en soit l'âge, qui présente une masse annexielle ou ovarienne. (II-2B)
2. Le bilan approprié d'une femme périménopausée ou postménopausée présentant une masse annexielle devrait comprendre une évaluation des symptômes évoquant une affection maligne, tels que la douleur pelvienne / abdominale persistante, la miction impérieuse / la pollakiurie, l'accroissement de la taille de l'abdomen / le ballonnement et la difficulté de manger. De plus, la détermination du taux de CA125 devrait être envisagée. (II-2B)
3. La tenue d'une échographie transvaginale ou transabdominale est recommandée dans le cadre du bilan initial d'une masse annexielle / ovarienne complexe. (II-2B)
4. Les rapports d'échographie devraient être standardisés de façon à inclure la taille et l'emplacement (unilatéral / bilatéral) de la masse annexielle et son origine possible, l'épaisseur des cloisons, la présence d'excroissances et de composants internes solides, la distribution du débit vasculaire et la présence ou l'absence d'ascites. Ces données sont essentielles pour le calcul du score de l'indice du risque de malignité II servant à identifier les masses pelviennes qui présentent un fort potentiel malin. (IIC)
5. Les patientes qui semblent courir un risque élevé de présenter une affection maligne sous-jacente devraient faire l'objet d'un examen, mené avec le concours d'un gynécologue oncologue, aux fins de l'évaluation de la situation et de la mise en œuvre d'une prise en charge chirurgicale optimale. (II-2B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 7, 2009, p. 674–680

INTRODUCTION

Bien que le cancer de l'ovaire soit relativement peu courant, il s'agit de la plus mortelle des affections malignes gynécologiques; il affecte souvent les femmes périménopausées et postménopausées¹. Selon les statistiques de la Société canadienne du cancer, en 2006, 1 600 décès ont été attribuables au cancer de l'ovaire et 2 300 nouveaux cas ont été identifiés. Dans le même rapport, le taux de survie estimatif à cinq ans pour les patientes atteintes du cancer de l'ovaire (1995–1997) était de 38 % (IC à 95 %, 37 %–40 %)². Ce taux n'a pas connu de modifications significatives au cours des quelques dernières décennies, et ce, malgré des percées considérables en matière de techniques chirurgicales, d'options chimiothérapeutiques et de soins de soutien (ces percées ont, toutefois, amélioré la survie médiane)^{3,4}. En ce qui concerne les patientes dont la tumeur est cliniquement localisée dans l'un ou dans les deux ovaires, la prise en charge standard comprend une stadification chirurgicale exhaustive ayant pour but de fournir des renseignements pronostiques et d'éclairer le besoin subséquent de poursuivre le traitement adjuvant. Chez les patientes présentant une maladie métastatique, de nombreuses études rétrospectives et prospectives ont indiqué que l'importance de la maladie résiduelle à la suite d'une chirurgie de

réduction tumorale radicale constitue un facteur prédictif significatif de la survie sans progression et de la survie globale^{5,6}. Plus récemment, la chimiothérapie intrapéritonéale a présenté des avantages considérables en matière de survie, par comparaison avec la chimiothérapie intraveineuse standard, pour ce qui est de la maladie métastatique ayant fait l'objet d'une chirurgie de réduction tumorale optimale au moment de l'exploration chirurgicale initiale, ce qui confirme l'importance d'une résection tumorale chirurgicale agressive au moment du diagnostic initial⁷.

Un certain nombre de séries de cas ont indiqué que les patientes présentant un cancer de l'ovaire dont la chirurgie initiale a été menée par des gynécologues oncologues sont plus susceptibles de faire l'objet d'une stadification appropriée et d'une chirurgie de réduction tumorale optimale que les femmes dont la prise en charge initiale a été menée par des gynécologues et des chirurgiens généralistes^{8,9}. Malgré cela, les données issues d'une importante étude en population générale ont laissé entendre que seulement près du tiers des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ont fait l'objet d'une prise en charge initiale menée par des gynécologues oncologues⁸. Cela est probablement attribuable à un manque de ressources humaines, ainsi qu'aux défis que doivent relever les médecins pour ce qui est de l'établissement d'un diagnostic préopératoire de cancer permettent de procéder aux orientations appropriées. La présente directive clinique a pour but d'aider les médecins à identifier les patientes chez lesquelles il existe une probabilité accrue d'affection maligne sous-jacente, et ce, de façon à ce qu'ils puissent procéder aux orientations appropriées pour optimiser les issues de ces patientes dans le contexte du système de santé canadien actuel.

ÉVALUATIONS INITIALES DE LA MASSE OVARIENNE

Le cancer de l'ovaire demeure souvent asymptomatique dans sa phase précoce en raison de l'emplacement anatomique des ovaires, enfouis dans le bassin. Même en présence de métastases, seuls des symptômes abdominaux vagues, bénins et persistants pourraient en venir à pousser des patientes à chercher l'avis d'un médecin. Les médecins devraient envisager le diagnostic de cancer de l'ovaire chez toutes les patientes qui présentent des masses ovariennes, particulièrement chez les femmes se situant dans le groupe d'âge propre à la périménopause ou à la postménopause. Chez les femmes en âge de procréer, la majorité des masses ovariennes seront d'origine fonctionnelle et réagiront bien à un protocole de prise en charge non interventionniste. Pour assurer la rigueur de la consignation des antécédents, il faut indiquer la nature, l'évolution et la durée des symptômes

présents. Une attention particulière devrait être portée aux symptômes explicitement indicatifs d'une affection maligne sous-jacente (tels que la douleur pelvienne / abdominale, la miction impérieuse / la pollakiurie, l'accroissement de la taille de l'abdomen / le ballonnement et la difficulté de manger / de manger à satiété), surtout lorsque ces symptômes ont été persistants (présents pendant < 1 an et survenant > 12 jours par mois)¹⁰. Tout antécédent familial significatif de néoplasie (tel que les carcinomes du sein, de l'ovaire, de l'endomètre, du côlon / rectum et du pancréas) devrait être consigné. Les antécédents familiaux ou personnels d'endométriose peuvent servir à mieux définir le diagnostic différentiel potentiel.

Lorsqu'une femme présente une masse annexielle unilatérale d'origine probablement fonctionnelle, il s'avère approprié de procéder à une autre échographie après les règles suivantes afin de s'assurer de sa résolution. La présence de kystes ou de masses qui continuent à prendre de l'expansion, deviennent de plus en plus symptomatiques ou qui en viennent à prendre une apparence échographique plus inquiétante justifie alors l'approfondissement de l'exploration et de la prise en charge.

Si la patiente a déjà subi une chirurgie gynécologique, il est approprié d'en obtenir les notes d'opération et les rapports de pathologie. La présence, au sein des antécédents, d'une kystectomie visant un kyste dermoïde, par exemple, ou d'une endométriose étendue peut aider à prévoir la nature de la maladie actuelle; cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'une affection maligne peut se manifester en présence d'une maladie auparavant bénigne.

Lorsque les antécédents et/ou les résultats de l'imagerie semblent indiquer la possibilité d'une affection maligne sous-jacente, un examen physique exhaustif (comprenant des évaluations des régions ganglionnaires supra-claviculaire et inguinale, l'auscultation de la poitrine, l'examen des seins et l'examen de l'abdomen) devrait être mené afin de détecter les ascites ou les masses anormales. Un examen combiné du bassin et du rectum devrait être mené en présence de toute masse pelvienne, et ce, en vue d'évaluer les contours et la consistance de cette dernière, ainsi qu'en vue de déterminer la présence ou non de nodularités pelviennes. La présence de l'un ou l'autre de ces symptômes évoque la présence d'une affection maligne sous-jacente. La détermination du taux sérique de CA125 devrait être envisagée avant la tenue d'une intervention chirurgicale, particulièrement dans une situation où le risque d'affection maligne sous-jacente est élevé¹¹. Il est important d'être conscient de l'intervalle de normalité propre à chacun des laboratoires utilisés en ce qui concerne le taux de CA125, puisque de nombreux dosages différents sont actuellement utilisés et que chacun d'entre eux compte

une limite supérieure d'intervalle de normalité leur étant propre.

EXAMEN ÉCHOGRAPHIQUE

L'échographie transvaginale pelvienne / transabdominale constitue une exploration facile à obtenir qui peut fournir des renseignements aux médecins qui évaluent le potentiel malin d'une masse annexielle / ovarienne. En raison de la proximité entre les ovaires et la sonde transvaginale, un examen détaillé de l'apparence et de la structure interne de la masse ovarienne / annexielle peut être mené. La taille de la masse et son apparence (unilatérale ou bilatérale) devraient être signalées; de plus, son origine (ovarienne ou extra-ovarienne) devrait être déterminée, dans la mesure du possible. Il a été démontré qu'une masse multiloculaire complexe, des cloisons épaisses, la présence d'excroissances papillaires et de composants solides, une vascularité centrale accrue au sein de la masse et des signes d'ascites et de nodularités péritonéales constituaient des facteurs prédictifs d'une hausse du risque de malignité^{12,13}.

INDICE DU RISQUE DE MALIGNITÉ

Un indice du risque de malignité (IRM) a été proposé et validé pour identifier les patientes courant un risque élevé de cancer de l'ovaire^{14,15}. Deux systèmes de notation ont été conçus, IRM I et IRM II, chacun d'eux calculant le score au moyen des caractéristiques échographiques, de l'état ménopausique et du taux préopératoire de CA125 (faisant appel à des dosages dans le cadre desquels le taux de CA125 est normal lorsqu'il est inférieur à 35 U/ml) selon l'équation suivante :

$$\text{score IRM} = \text{score échographique} \times \text{score ménopausique} \times \text{taux de CA125 en U / ml}$$

Le système de notation original (IRM I) et le système révisé (IRM II) sont tous deux décrits au Tableau 2. Trois études ont comparé les deux systèmes de notation IRM, en utilisant des scores d'IRM seuils supérieurs à 200 pour indiquer un risque élevé de malignité¹⁵⁻¹⁷. Le système IRM II (spécificité se situant entre 89 % et 92 % et coefficients de prévision d'un test positif se situant aux alentours de 80 %) s'est avéré plus sensible que le système IRM I. En raison de sa simplicité et de sa reproductibilité, le système de notation IRM II est recommandé pour ce qui est de l'offre d'une évaluation objective du potentiel de malignité sous-jacent (en utilisant un score seuil de 200). Pour faciliter le calcul du score IRM II, il est recommandé de normaliser chacun des rapports échographiques rédigés en vue de l'évaluation d'une masse ovarienne de façon à ce qu'ils comprennent les variables requises pour calculer le score IRM. Chez les patientes qui présentent un score IRM anormal fondé sur des résultats échographiques et évoquant des symptômes cliniques de

malignité, il est peu probable que la tenue d'autres évaluations radiographiques (tels que la tomодensitométrie / imagerie par résonance magnétique) avant l'orientation en sous-spécialité s'avère avantageuse.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Des efforts actifs de recherche visent actuellement à concevoir de meilleurs tests de dépistage permettant de déceler les cancers de l'ovaire précoces et d'améliorer la précision diagnostique des modalités d'imagerie existantes^{18,19}.

RÔLE DU GYNÉCOLOGUE ONCOLOGUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'OVAIRE

Au cours des quelques dernières décennies, on a mis de plus en plus l'accent sur la sous-spécialisation pour ce qui est de la prise en charge de divers cancers. En ce qui concerne le cancer de l'ovaire, les soins centralisés^{20,21} et la chirurgie initiale menés par un gynécologue oncologue ont entraîné l'obtention de meilleures issues^{22,23}. La prise en charge du cancer de l'ovaire peut être divisée en deux : maladie précoce (stade I/II) et maladie avancée (stade III/IV).

Maladie de stade précoce

La prise en charge des patientes chez lesquelles la stadification chirurgicale exhaustive (menée en vue d'écarter la présence possible d'une maladie métastatique occulte) a permis de déterminer que la maladie était cliniquement confinée aux centres ovariens. Dans environ 30 % des cas, les patientes chez lesquelles l'on avait estimé que la maladie était cliniquement confinée aux ovaires passent au stade supérieur, lorsqu'une stadification chirurgicale exhaustive approfondie est menée²⁴.

La stadification chirurgicale exhaustive devrait comprendre ce qui suit :

1. Salpingo-ovariectomie bilatérale et hystérectomie chez les femmes postménopausées. Une chirurgie plus limitée peut s'avérer acceptable dans le cas des jeunes femmes souhaitant préserver leur fertilité.
2. Omentectomie sous-colique
3. Prélèvement de liquide péritonéal ou lavages pelviens
4. Biopsie de tout nodule / de toute adhérence douteuse ou biopsies péritonéales aléatoires à partir de toutes les surfaces séreuses intra-abdominales
5. Raclage / biopsies diaphragmatiques bilatérales
6. Évaluations des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux (devant couvrir les régions ganglionnaires pelvienne et para-aortique bilatérales)

L'apport du gynécologue oncologue à la prise en charge du cancer de l'ovaire précoce peut être évalué dans les situations cliniques suivantes :

Tableau 2 Système de notation de l'indice du risque de malignité (IRM)

Caractéristiques échographiques	Score IRM I	Score IRM II
Kyste multiloculaire	0 = Aucune anomalie	1 = Aucune ou une anomalie
Présence de zones solides	1 = Une anomalie	4 = Deux anomalies ou plus
Bilatéralité des lésions	3 = Deux anomalies ou plus	
Présence d'ascites		
Présence de métastases intra-abdominales		
Préménopausée	1	1
Postménopausée	3	4
Taux de CA125	U/ml	U/ml

Exemple : Une femme postménopausée qui présente un kyste multiloculaire comptant des zones solides, des ascites et un taux de CA125 de 100 obtient un score IRM II de $4 \times 4 \times 100 = 1\ 600$.

1. Taux de récurrence inférieurs

Dans le cadre d'une analyse rétrospective, Le et coll.²⁵ ont comparé le taux de récurrence des patientes qui avaient subi une stadification chirurgicale minimale (et à qui l'on avait administré une chimiothérapie adjuvante de façon libre) à celui d'un groupe similaire de patientes qui avaient subi une stadification exhaustive (et à qui l'on avait administré une thérapie adjuvante en fonction de critères plus stricts fondés sur les résultats de la chirurgie). Le rapport de cotes en ce qui concerne la récurrence était de 2,62 (IC à 95 %, 1,09–6,32) chez les patientes n'ayant pas fait l'objet d'une stadification exhaustive.

2. Amélioration de la survie globale

Les études se penchant sur la relation entre le chirurgien et la survie en présence d'un cancer de l'ovaire de stade précoce indiquent une tendance envers l'amélioration de la survie lorsque la chirurgie est menée par des gynécologues oncologues²⁶. Une étude mettant en jeu 47 patientes menée par Mayer et coll.²⁷ a constaté que les patientes ayant fait l'objet d'une opération effectuée par des gynécologues oncologues présentaient une amélioration de la survie globale à cinq ans de l'ordre de 24%, par comparaison avec les patientes ayant fait l'objet d'une opération menée par des chirurgiens et des gynécologues généralistes ($P < 0,05$).

Lorsque les patientes qui présentent un cancer de l'ovaire précoce décelable cliniquement ne font pas l'objet d'une stadification, on envisage souvent de procéder à une nouvelle chirurgie pour éclairer la décision au sujet de la nécessité d'un traitement adjuvant subséquent. Le fait d'envisager deux chirurgies accroît le risque de morbidité chirurgicale et les coûts pour le système de santé. Elit et coll.²⁸ ont signalé que le risque relatif de la réopération connaissait une baisse significative lorsque des gynécologues oncologues étaient présents au moment de la chirurgie initiale. L'importance de la stadification exhaustive a été démontrée récemment dans le cadre de l'essai

ACTION²⁹, mené en Europe. Les patientes qui font l'objet d'une stadification optimale en fonction d'un protocole strict et chez lesquelles la présence d'une maladie de stade I est réellement prouvée par stadification chirurgicale présentent un faible taux de récurrence et une survie globale élevée, même sans chimiothérapie adjuvante. Les patientes qui font l'objet d'une stadification sous-optimale sont plus susceptibles de nécessiter une chimiothérapie adjuvante³⁰.

Maladie avancée

La relation inversement proportionnelle entre le volume de la tumeur résiduelle et la survie chez les patientes présentant un cancer de l'ovaire a d'abord été décrite par Griffiths en 1975³¹; plusieurs études ont indiqué une amélioration du taux de réduction tumorale optimale et de la survie globale chez les patientes présentant un cancer de l'ovaire dont la chirurgie initiale avait été menée par des gynécologues oncologues. Une analyse factuelle se penchant sur la relation entre la spécialisation chirurgicale et la survie chez les patientes présentant un cancer de l'ovaire a constaté une survie médiane allant de six à neuf mois chez les patientes ayant fait l'objet d'une prise en charge initiale menée par des gynécologues oncologues³².

Recommandations

La qualité des résultats signalés dans le présent document a été évaluée au moyen des critères d'évaluation des résultats formulés dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

1. Les médecins de premier recours et les gynécologues devraient toujours envisager la possibilité d'un cancer de l'ovaire sous-jacent chez toute patiente, quel qu'en soit l'âge, qui présente une masse annexielle ou ovarienne. (II-2B)
2. Le bilan approprié d'une femme périménopausée ou postménopausée présentant une masse annexielle devrait comprendre une évaluation des symptômes

évoquant une affection maligne, tels que la douleur pelvienne / abdominale persistante, la miction impérieuse / la pollakiurie, l'accroissement de la taille de l'abdomen / le ballonnement et la difficulté de manger. De plus, la détermination du taux de CA125 devrait être envisagée. (II-2B).

3. La tenue d'une échographie transvaginale ou transabdominale est recommandée dans le cadre du bilan initial d'une masse annexielle / ovarienne complexe. (II-2B)

4. Les rapports d'échographie devraient être standardisés de façon à inclure la taille et l'emplacement (unilatéral / bilatéral) de la masse annexielle et son origine possible, l'épaisseur des cloisons, la présence d'excroissances et de composants internes solides, la distribution du débit vasculaire et la présence ou l'absence d'ascites. Ces données sont essentielles pour le calcul du score de l'indice du risque de malignité II servant à identifier les masses pelviennes qui présentent un fort potentiel malin. (III C)

5. Les patientes qui semblent courir un risque élevé de présenter une affection maligne sous-jacente devraient faire l'objet d'un examen, mené avec le concours d'un gynécologue oncologue, aux fins de l'évaluation de la situation et de la mise en œuvre d'une prise en charge chirurgicale optimale. (II-2B)

RÉFÉRENCES

- Zhang J, Ugnat AM, Clarke K, Mao Y. « Ovarian cancer histology-specific incidence trends in Canada 1969–1993: age-period-cohort analyses », *Br J Cancer*, vol. 81, n° 1, 1999, p. 152–8.
- Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2006. Disponible à : <http://www.cancer.ca>. Consulté le 8 mai 2009.
- Chan JK, Cheung MK, Husain A, Teng NN, West D, Whittemore AS et coll. « Patterns and progress in ovarian cancer over 14 years », *Obstet Gynecol*, vol. 108, n° 3 (1^{re} partie), 2006, p. 521–8.
- Tingulstad S, Skjeldestad FE, Halvorsen TB, Hagen B. « Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer », *Obstet Gynecol*, vol. 101, n° 5 (1^{re} partie), 2003, p. 885–91.
- Chan JK, Loizzi V, Lin YG, Osann K, Brewster WR, DiSaia PJ. « Stages III and IV invasive epithelial ovarian carcinoma in younger versus older women: what prognostic factors are important? », *Obstet Gynecol*, vol. 102, n° 1, 2003, p. 156–61.
- Bristow RE, Montz FJ, Lagasse LD, Leuchter RS, Karlan BY. « Survival impact of surgical cytoreduction in stage IV epithelial ovarian cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 72, n° 3, 1999, p. 278–87.
- Jaaback K, Johnson N. « Intraperitoneal chemotherapy for the initial management of primary epithelial ovarian cancer », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 1, 25 janvier 2006, CD005340.
- Earle CC, Schrag D, Neville BA, Yabroff KR, Topor M, Fahey A, et coll. « Effect of surgeon specialty on processes of care and outcomes for ovarian cancer patients », *J Natl Cancer Inst*, vol. 98, n° 3, 2006, p. 172–80.
- Engelen MJ, Kos HE, Willemse PH, Aalders JG, de Vries EG, Schaapveld M et coll. « Surgery by consultant gynecologic oncologists improves survival in patients with ovarian carcinoma », *Cancer*, vol. 106, n° 3, 2006, p. 589–98.
- Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM et coll. « Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection », *Cancer*, vol. 109, n° 2, 2007, p. 221–7.
- Milojkovic M, Hrgovic Z, Hrgovic I, Jonat W, Maass N, Bukovic D. « Significance of CA 125 serum level in discrimination between benign and malignant masses in the pelvis », *Arch Gynecol Obstet*, vol. 269, n° 3, 2004, p. 176–80.
- Valentin L, Ameye L, Testa A, Lécuru F, Bernard JP, Paladini D et coll. « Ultrasound characteristics of different types of adnexal malignancies », *Gynecol Oncol*, vol. 102, n° 1, 2006, p. 41–8.
- Brown DL, Doubilet PM, Miller FH, Frates MC, Laing FC, DiSalvo DN et coll. « Benign and malignant ovarian masses: selection of the most discriminating gray-scale and Doppler sonographic features », *Radiology*, vol. 208, n° 1, 1998, p. 103–10.
- Asif N, Sattar A, Dawood MM, Rafi T, Aamir M, Anwar M. « Pre-operative evaluation of ovarian mass: risk of malignancy index », *J Coll Physicians Surg Pak*, vol. 14, n° 3, 2004, p. 128–31.
- Tingulstad S, Hagen B, Skjeldestad FE, Onsrud M, Kiserud T, Halvorsen T et coll. « Evaluation of a risk of malignancy index based on serum CA125, ultrasound findings and menopausal status in the pre-operative diagnosis of pelvic masses », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 103, n° 8, 1996, p. 826–31.
- Morgante G, la Marca A, Ditto A, De Leo V. « Comparison of two malignancy risk indices based on serum CA125, ultrasound score and menopausal status in the diagnosis of ovarian masses », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 106, n° 6, 1999, p. 524–7.
- Aslam N, Tailor A, Lawton F, Carr J, Savvas M, Jurkovic D. « Prospective evaluation of three different models for the pre-operative diagnosis of ovarian cancer », *BJOG*, vol. 107, n° 11, 2000, p. 1347–53.
- Moore RG, Brown AK, Miller MC, Skates S, Allard WJ, Verch T et coll. « The use of multiple novel tumor biomarkers for the detection of ovarian carcinoma in patients with a pelvic mass », *Gynecol Oncol*, vol. 108, n° 2, 2008, p. 402–8.
- Cohen LS, Escobar PF, Scharm C, Glimco B, Fishman DA. « Three-dimensional power Doppler ultrasound improves the diagnostic accuracy for ovarian cancer prediction », *Gynecol Oncol*, vol. 82, n° 1, 2001, p. 40–8.
- Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W, Oshima A. « Influence of hospital procedure volume on ovarian cancer survival in Japan, a country with low incidence of ovarian cancer », *Cancer Sci*, vol. 95, n° 3, mars 2004, p. 233–7.
- Paulsen T, Kjaerheim K, Kaern J, Tretli S, Trope C. « Improved short term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals », *Int J Gynecol Cancer*, vol. 16, suppl. 1, 2006, p. 11–7.
- Eisenkop SM, Spirtos NM, Montag TW, Nalick RH, Wang HJ. « The impact of subspecialty training on the management of advanced ovarian cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 47, n° 2, nov. 1992, p. 203–9.
- Junor EJ, Hole DJ, McNulty L, Mason M, Young J. « Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer: a Scottish national study of 1866 patients », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 106, n° 11, nov. 1999, p. 1130–6.
- Young RC, Decker DG, Wharton JT, Piver MS, Sindelar WF, Edwards BK et coll. « Staging laparotomy in early ovarian cancer », *JAMA*, vol. 250, 1983, p. 3072–6.
- Le T, Adolph A, Krepart GV, Lotocki R, Heywood MS. « The benefits of comprehensive surgical staging in the management of early-stage epithelial ovarian carcinoma », *Gynecol Oncol*, vol. 85, n° 2, mai 2002, p. 351–5.
- Nguyen HN, Averette HE, Hoskins W, Penalver M, Sevin BU, Steren A. « National survey of ovarian carcinoma. Part V. The impact of physician's specialty on patients' survival », *Cancer*, vol. 72, n° 12, 1993, p. 3663–70.
- Mayer AR, Chambers SK, Graves E, Home C, Tseng PC, Nelson GE et coll. « Ovarian cancer staging: does it require a gynecologic oncologist? », *Gynecol Oncol*, vol. 47, 1992, p. 223–7.
- Elit L, Bondy SJ, Paszat L, Przybysz R, Levine M. « Outcomes in surgery for ovarian cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 87, 2002, p. 260–7.

29. Trimbos JB, Parmar M, Vergote I, Guthrie D, Bolis G, Colombo N et coll. « International Collaborative Ovarian Neoplasm trial 1 and Adjuvant ChemoTherapy In Ovarian Neoplasm trial: two parallel randomized phase III trials of adjuvant chemotherapy in patients with early-stage ovarian carcinoma », *J Natl Cancer Inst*, vol. 95, 2003, p. 105–12.
30. Trimbos JB, Vergote I, Bolis G, Vermorken JB, Mangioni C, Madronal C et coll. « Impact of adjuvant chemotherapy and surgical staging in early-stage ovarian carcinoma: European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Adjuvant ChemoTherapy in Ovarian Neoplasm trial », *J Natl Cancer Inst*, vol. 95, n° 2, 2003, p. 113–25.
31. Griffiths CT. « Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma », *Natl Cancer Inst Monogr*, vol. 42, 1975, p. 101–4.
32. Giede KC, Kieser K, Dodge J, Rosen B. « Who should operate on patients with ovarian cancer? An evidence based review », *Gynecol Oncol*, vol. 99, n° 2, 2005, p. 447–61.
33. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. « New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207–8.