

domaine où l'émotionnel et la subjectivité peuvent rendre la tâche difficile, ceci sans parler d'un contexte où les fausses allégations constituent 30-50% des consultations en cas de conflit parental.

La conduite à tenir reste strictement médicale, à savoir le recueil de l'anamnèse, l'examen clinique, l'indication à certains examens complémentaires, ceci aboutissant finalement à un diagnostic.

La définition de Kempe (1978) de l'abus sexuel sur mineur reste à notre sens l'une des plus pertinentes. Elle définit l'abus sexuel comme « l'entraînement dans des activités sexuelles, exercées par des adultes et visant principalement à satisfaire ceux-ci, de mineurs d'âges, encore immatures et dépendants, ne pouvant ni en comprendre le sens ni y donner leur consentement éclairé ».

L'examen de l'enfant victime d'un abus sexuel comporte deux volets : l'un à but thérapeutique, l'autre à but médico-légal. Il faut relever qu'un examen bien conduit, effectué par un spécialiste formé dans ce domaine, n'entraîne pas de victimisation secondaire.

La particularité de l'expertise médico-légale en cas de suspicion d'abus sexuel sur enfant réside dans le fait que la conduite à tenir dépend de la nature des faits, de leur ancienneté et de l'âge de la victime. En effet, la prise en charge ne sera pas la même s'il s'agit du viol d'une adolescente ou d'attouchements sur un enfant de trois ans. La notion d'urgence est essentielle en ce qui concerne les viols, le recueil d'éléments probants et les traitements préventifs (contraception post-coïtale, hépatite B et HIV) constituent une urgence médico-légale.

L'expertise médico-légale résulte de la synthèse de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il existe des tables permettant de classer le résultat de l'examen physique. Par exemple, certains aspects cliniques peuvent être raisonnablement expliqués par un abus ou par une lésion par pénétration. Un autre signe clinique peut résulter d'un abus mais aussi d'autres causes. Il existe également des signes qui sont rares chez l'enfant non-abusé mais présents dans des cas documentés d'abus sexuels. La synthèse de l'histoire de l'enfant et de la conclusion de l'examen physique permettra d'évaluer la probabilité de l'abus. Par exemple, nous concluons à un abus lorsque l'enfant donne une description claire, cohérente, détaillée d'un attentat à la pudeur avec ou sans examen positif. En conclusion, l'expertise médico-légale reste un élément à intégrer dans l'enquête judiciaire.

Prise en charge moderne multidisciplinaire du cancer de l'ovaire

Dr Yves Brünisholz, médecin-chef, service d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital neuchâtelois-Pourtalès

Introduction

On ne peut parler de la prise en charge des cancers ovariens sans faire un bref rappel historique : en 1968, Munnel, parle pour la première fois de cytoréduction dans la prise en charge du cancer de l'ovaire de stade avancé. Il souligne une prolongation de la survie chez des patientes atteintes par cette pathologie et ayant bénéficié d'un traitement chirurgical extensif⁽¹⁾. Jusqu'ici celles-ci bénéficiaient d'une chirurgie modeste et on estimait que leur survie ne pouvait dépendre que d'une chimiothérapie intensive. Par la suite, Griffith présente dans les années 70 des travaux dont les conclusions corroborent les travaux de Munnel^(2,3). Ces cliniciens sont aujourd'hui considérés comme les pionniers du traitement moderne du cancer de l'ovaire. Depuis, de nombreux travaux sont venus confirmer l'intérêt du debulking chirurgical optimal (cytoréduction) associé à une chimiothérapie intensive dans cette pathologie agressive.

Les cancers épithéliaux de l'ovaire représentent un défi clinique d'une part parce qu'ils sont les cancers les plus fréquents touchant l'ovaire, d'autre part parce qu'ils sont la plupart du temps asymptomatiques jusqu'à ce qu'ils deviennent métastatiques. Statistiquement, deux tiers des patientes qui consultent sont déjà atteintes de façon avancée.

Les facteurs de risques sont : l'âge, les antécédents de cancer du sein, de l'endomètre, du colon, la nulliparité, l'infertilité, possiblement la maladie de Peutz-Jeghers, mais également il existe une prédisposition génétique (5 à 10 % des cancers ovariens) chez les porteurs des mutations BRCA1, BRCA2 et Lynch 2.

On dénombre actuellement plus de 23000 nouveaux cas par année aux USA dont 14000 décéderont. En Suisse, on recense environ 600 à 700 nouveaux cas par année (16 : 100'000 cas année femme).

Le cancer de l'ovaire est par ordre de fréquence, le sixième chez la femme représentant 4 % de tous les cancers et 25 % des cancers gynécologiques. Globalement, on estime qu'à la nais-

sance, le risque de développer un cancer de l'ovaire est de 1.5 %, celui d'en mourir de 1 %^(4,5).

A l'heure actuelle, le dépistage reste difficile, puisqu'on dispose essentiellement et outre l'examen clinique, du dosage des marqueurs dont le CA 125 et de l'ultrason endovaginal (sensibilité > 95 %). Si les deux sont positifs, on opérera encore quatre patientes pour trouver un cancer^(6,7).

Histologie

Les cancers ovariens d'origine épithéliale sont majoritairement rencontrés et représentent jusqu'à 85 à 90 % des tumeurs malignes de l'ovaire. Les autres sont des cancers d'origine stromale ou provenant de la lignée germinale. On note encore les tumeurs borderline et les tumeurs secondaires (Krukenberg).

On recense cinq types histologiques : séreux, endométriode, mucineux, à cellules claires, transitionnelle et indifférencié. La dissémination se fait d'abord par voie transcoelomique, lymphatique (65 % des stades avancés) et plus rarement hémato-gène (2-3 %).

Staging (FIGO)

IA: un ovaire touché, IB: deux ovaires touchés, IC: extension hors de la surface de un ou deux ovaires, rupture de capsule, ascite ou lavage péritonéal positif, IIA: atteinte de l'utérus ou des trompes, IIB: atteinte d'autres tissus pelviens, IIC: stade IIA et IIB avec atteinte de surface +/- rupture, ascite ou lavage péritonéal positif, IIIA: dissémination abdominale microscopique, IIIB: dissémination abdominale pour moins de 2 cm, IIIC: dissémination abdominale pour plus de 2 cm et/ou ganglions lymphatiques inguinaux ou para-aortiques positifs,

IV: métastases à distance (parenchyme hépatique, poumon, épanchement pleural, etc.).

Clinique

Dans les stades précoces (I et II), la symptomatologie est pauvre: règles irrégulières, diarrhées, constipation, ballonnement, douleurs, dyspareunie, symptômes aigus rares. Dans les stades avancés (III et IV): distension (masse, ascite), ballonnement, constipation, toux, nausées, vomissements, anorexie, sensation de satiété précoce, règles irrégulières et abondantes, saignement intermenstruel.

Traitement

La prise en charge du stade I est chirurgicale (grade 1 et 2), chirurgicale et médicale (chimiothérapie) pour les tumeurs mal différenciées (grade 3). La survie à cinq ans est évaluée à 80-93 % selon les séries. Pour les tumeurs de stades II, la prise en charge est chirurgicale et médicale avec une survie à cinq ans évaluée à 60-74 %.

En ce qui concerne les tumeurs avancées (stade III et IV), le traitement est chirurgical (debulking) et médical (chimiothérapie adjuvante par carboplatine + taxol) avec une survie à cinq ans évaluée respectivement à 23-41 % et 11-15 %⁽⁶⁾. Il est important ici de mentionner le peu de données sélectives disponibles sur le stade IV du cancer de l'ovaire même si certains ont déjà également démontré l'importance du debulking^(9,10,11,12).

On peut également proposer une chimiothérapie néoadjuvante puis une chirurgie d'intervalle. Le résultat

est similaire dans les études rétrospectives, à notre connaissance une seule étude prospective randomisée contrôlée est en cours comparant la chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante.

Le debulking ou cytoréduction est une technique chirurgicale ayant pour but de réduire au maximum le volume tumoral. Un traitement chirurgical optimal est défini pour des implants tumoraux résiduels $\leq 1-2$ cm^(13,14). On entend par-là une chirurgie sans compromis incluant des résections digestives majeures, des splénectomies et des péritonectomies étendues si cela s'avère nécessaire.

Les facteurs pronostiques du cancer de l'ovaire sont: le volume tumoral résiduel, le score de performance, le stade et le grade de la tumeur.

Conclusion

Dans les stades précoces: un staging adéquat consiste en une lymphadénectomie pelvienne et paraaortique (et/ou paracave) associées bien entendu à un washing, à une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, à une omentectomie, à des biopsies péritonéales étagées et éventuellement à une appendicectomie en cas de tumeur mucineuse (DD pseudomyxome péritonéal).

Dans les stades avancés: une chirurgie cytoréductrice optimale même chez les personnes âgées est le gold standard. Une lymphadénectomie pelvienne et paraaortique ou paracave systématique n'améliore pas la survie⁽¹⁵⁾.

La chirurgie d'intervalle offre les mêmes résultats que la chirurgie primaire avec une nette diminution de la durée opératoire et du volume sanguin transfusé dans des travaux rétrospectifs. Une étude randomisée contrôlée européenne sur le sujet est actuellement en cours.

Enfin, la chirurgie du cancer avancé de l'ovaire doit être effectuée conjointement par des gynécologues et des chirurgiens afin d'obtenir un résultat optimal⁽¹⁶⁾.

Références

- Munnell EW. *The changing prognosis and treatment in cancer of the ovary. A report of 235 patients with primary ovarian carcinoma 1952-1961.* Am J Obstet Gynecol 1968;15(100 (6)):790-805.
- Griffiths CT. *Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian*

carcinoma. Natl Cancer Inst Monogr 1975; 42:101-4.

- Griffiths CT, Parker LM, Fuller AFJ. *Role of cytoreductive surgical treatment in the management of advanced ovarian cancer.* Cancer Treat Rep 1979; 63(2):235-40.
- Berek JS, Hacker NF. *Practical Gynecologic Oncology.* Third edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller J, Proietto A. *The place of bowel resection in initial debulking surgery for advanced ovarian cancer.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002 Nov; 45(5):535-7.
- Schwartz PE. *Nongenetic screening of ovarian malignancies.* Obstet Gynecol Clin North Am 2001 Dec; 28(4):637-51.
- Taylor KJ, Schwartz PE. *Cancer screening in a high risk population: a clinical trial.* Ultrasound Med Biol 2001 Apr; 27(4):461-6.
- Hightower RD, Nguyen HN, Averette HE, Hoskins W, Harrison T, Steren A. *National survey of ovarian carcinoma. IV: patterns of care a related survival for older patients.* Cancer 1994 Jan 15; 73(2):377-83.
- Bristow RE, Montz FJ, Lagasse LD, Leichter RS, Karlan BY. *Survival impact of surgical cytoreduction in stage IV epithelial ovarian cancer.* Gynecol Oncol 1999 Mar; 72(3):278-87.
- Dauplat J, Le Bouedec G, Pomel C, Scherer C. *Cytoreductive surgery for advanced stages of ovarian cancer.* Semin Surg Oncol 2000 Jul-Aug; 19(1):42-8.
- Gallion HH, van Nagell JR, Donaldson ES, Hanson MB, Kryscio RJ. *Prognostic implications of large volume residual disease in patients with advanced stage epithelial ovarian cancer.* Gynecol Oncol 1987 Jun; 27(2):220-5.
- Curtin JP, Malik R, Venkatraman ES, Barakat RR, Hoskins WJ. *Stage IV ovarian cancer: impact of surgical debulking.* Gynecol oncol 1997 Jan; 64(1):9-12.
- Munkarah AR, Hallum AV 3rd, Morris M, Burk TW, Levenback C, Atkinson EN, Wharton JT, Gershenson DM. *Prognostic significance of residual disease in patients with stage IV epithelial ovarian cancer.* Gynecol Oncol 1997 Jan; 64(1):13-7.
- Jacob JH, Gershenson DM, Morris M, Copeland LJ, Burke TW, Wharton JT. *Neoadjuvant chemotherapy and interval debulking for advanced epithelial ovarian cancer.* Gynecol Oncol 1991 Aug; 42(2):146-50.
- Panici PB, Maggioni A, Hacker N, Landoni F, Ackermann S, Campagnutta E, Tamussino K, Winter R, Pellegrino A, Greggi S, Angioli R, Mancini N, Scambia G, Dell'anna T, Fossati R, Floriani I, Rossi RS, Grassi R, Favalli G, Raspagliesi F, Giannarelli D, Martella R, Mangioni C. *Systematic aortic and pelvic lymphadenectomy versus resection of bulky nodes only in optimally debulked advanced ovarian cancer: a randomized clinical trial.* J Natl Cancer Inst. 2005 Apr 20; 97(8):560-6.
- Earle CC, Schrag D, Neville BA, Yabroff KR, Topor M, Fahey A, Trimble EL, Bodurka DC, Bristow RE, Carney M, Warren JL. *Effect of surgeon specialty on processes of care and outcomes for ovarian cancer patients.* J Natl Cancer Inst. 2006 Feb 1; 98(3):151-4.