

Tumeurs de l'ovaire

DR:FELLAOUINE S

INTRODUCTION :

Les tumeurs de l'ovaire sont très fréquentes et dans 90% des cas elles sont bénignes. Les tumeurs malignes peuvent survenir à tout âge, mais on les trouve surtout chez les femmes entre 40 et 50 ans

C'est un processus prolifératif non lié à un trouble ou dysfonctionnement hormonal

Soit: primitif ou secondaire

Bénins ou malins

D'aspect :kystique , solide , végétant

Intérêt de la Question

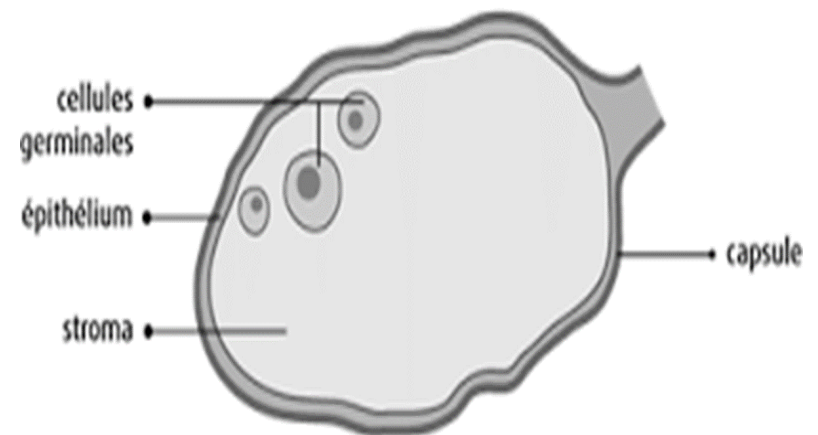
- De fréquence augmentée
- Grande variété histologique
- Difficulté et retard diagnostic
- Bon pronostic pour les tumeurs bénignes, imprévisible pour les borderline et mauvais pour les malignes
- Age : TM bénignes 20/44
TM maligne 45/60

ANATOMIE PATHOLOGIE :

Les tumeurs peuvent se développer à partir de tous les tissus. L'OMS et la FIGO ont fini par adopter une classification unifiée reposant sur des critères purement morphologiques. Cette classification reconnaît 09 types histologiques des tumeurs de l'ovaire :

- ▪ Tumeur du revêtement épithélial
- ▪ Tumeur du mésenchyme des cordons sexuels
- ▪ Tumeurs des cellules lipidiques
- ▪ Tumeurs à cellule germinale (kyste dermoïde)
- ▪ Gonadoblastome
- ▪ Tumeurs des tissus mous non spécifiques
- ▪ Tumeurs non classées
- - tumeurs secondaires
- ▪ Lésions pseudo-tumorales

Coupe transversale d'un ovaire



EPIDEMIOLOGIE

- Les tumeurs de l'ovaire peuvent survenir à tout âge, elles sont bénignes dans 90% des cas.
- Les tumeurs malignes atteignent en général des femmes plus âgées.

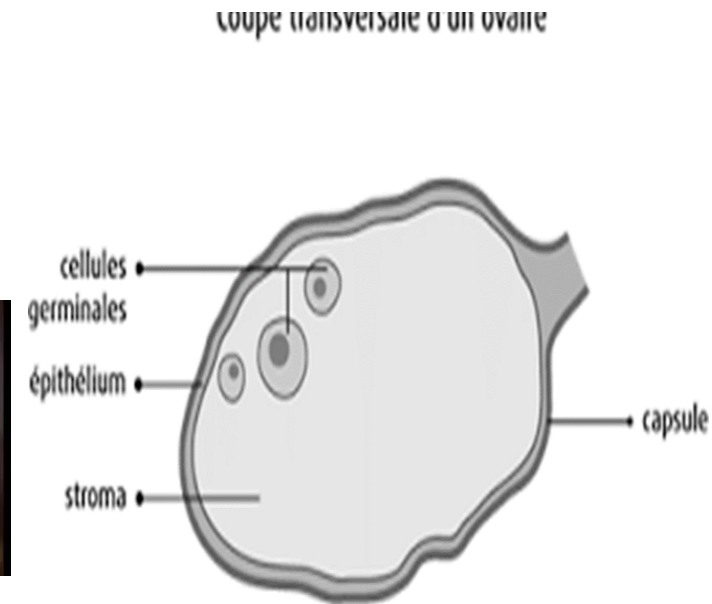
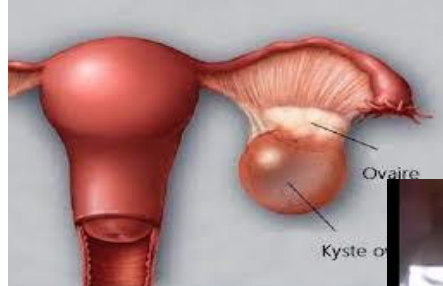
TUMEURS BENIGNES

Les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes des tumeurs de l'ovaire.
Cette définition exclut les kystes fonctionnels.

Les TM bénignes anapath

Tumeur épithéliale

- -Tumeur séreuse (plus fréquente) : cystadénome séreux
- -Tumeur mucineuse : cystadénome mucineux
- Endométriome



Tumeur germinale -

Tératome mature = kyste dermoïde : dérivé des tissus ectodermiques (poils, cheveux, os, dents...) Dégénérescence maligne exceptionnelle (< 1%)



Tumeur stromale

-Fibrothécome : toujours bénins



Syndrome de Demons-Meigs (rare) : épanchement pleural transsudatif associé à une tumeur ovarienne bénigne

DIAGNOSTIC

A – Circonstances de découvertes : Il peut s'agir :

d'une Découverte fortuite : examen gynécologique ou échographie-5 à 10% des femmes auront une tumeur de l'ovaire (le plus souvent de nature bénigne)

- D'une gêne, de pesanteurs ou d'algies pelviennes
- D'une augmentation de volume de l'abdomen
- Des troubles des règles, d'une dysménorrhée
- D'un élément trouvé pendant la surveillance d'une grossesse débutante

Troubles digestifs : augmentation du volume abdominal, ascite, AEG fortement évocateur d'une tumeur maligne

-

B – Examen clinique :

Interrogatoire : l'interrogatoire apporte les précisions suivantes :

- Age, antécédents en particulier gynécologiques et obstétricaux, à la recherche des facteurs de risques
- Date des dernières règles
- Si la patiente prend des traitements hormonaux, une contraception ou antécédent de stimulations ovariennes

Examen général :

L'Examen général et gynécologique complet avec palpation abdominale et des aires ganglionnaires, examen vulvaire, examen au spéculum et touchers pelviens

- Caractéristiques cliniques de la tumeur : localisation exacte, taille sensibilité, mobilité...

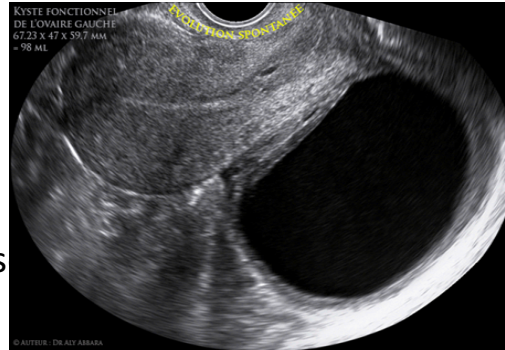
- Signes de compressions veineuses, ou d'un organe de proximité (en particulier rectale ou vésicale

Examens complémentaires

ECHOGRAPHIE

En faveur d'un kyste fonctionnel

- Masse liquidienne pure
 - Taille < 7 cm
 - Uniloculaire-Pluriloculaire à clois très fine < 3 mm
 - Bords réguliers bien définis
 - Paroi fine < 3 mm
 - Vascularisation périphérique, régulière
- Surveillance à 3 mois

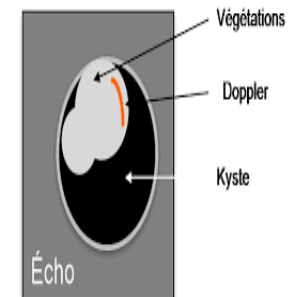


En faveur d'un kyste organique

- Masse solide ou mixte
 - Taille ≥ 7 cm
 - Bords irréguliers, parois épaisses
 - Pluriloculaire à cloison épaisse
 - Végétations endo- ou exo-kystiques
 - Néo-vascularisation anarchique (centrale)
 - Bilatéralité (atteinte ovaire controlatéral)
 - Ascite associée
 - ADP ou masse pelvienne associée, atteinte péritonéale
- IRM ou coelioscopie



- . - β -hCG chez une femme non ménopausée (éliminer une GEU)
- IRM : en 2nd intention pour les tumeurs ovariennes indéterminées ou de taille ≥ 7 cm
- Dosage du CA 125 = marqueur spécifique du cancer séreux de l'ovaire
- Autres marqueurs tumoraux : CA 19.9 (cancer mucineux), ACE (ADK), AFP - β -hCG - LDH (tumeur germinale)



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Devant une Masse abdomino-pelvienne doit faire éliminer :

- Utérus gravide
- Ascite
- Fibrome pédiculé – hydrosalpinx
- Rétention aigue d'urine
- Tumeur digestive

Devant une Masse pelvienne doit faire éliminer :

- Une grossesse extra-utérine ou intra-utérine (β HCG, échographie)
- Cancer de l'ovaire

EVOLUTION ET PRONOSTIC

–La complication majeure et la plus grave est la dégénérescence maligne.

→ **Complication aigue :**

- Torsion
- Hémorragie
- Rupture du kyste
- Infection

→ **Complication chronique :**

Compression des organes pelviens :

Compression vésicale : dysurie, pollakiurie

Compression rectale : ténesme, constipation

Compression veineuse : œdème des membres inférieures

Complication obstétricale :

- La grossesse n'a pas d'influence sur la croissance du kyste, mais elle favorise les complications aigues.
- Influence du kyste sur la grossesse : avortement, accouchement prématuré ; Présentation vicieuse ou obstacle praevia

La Découverte d'un kyste pendant la grossesse impose une surveillance échographique, selon son aspect,
une chirurgie coelioscopie avant la 16^{ème} SA peut être proposée.

TRAITEMENT

Face à un kyste de l'ovaire ; on est devant 02 problèmes :

- Confirmer l'organicité de façon à ne pas opérer abusivement tous les kystes fonctionnels
- Exclure la malignité, afin de ne pas traiter insuffisamment un cancer de l'ovaire

Le traitement chirurgical s'impose en cas de tumeurs organiques > 5 cm de diamètre :

kystectomie, ovariectomie,
annexectomie, hystérectomie et annexectomie chez les femmes de plus de 50 ans.

TUMEURS MALIGNES

Introduction-épidémiologie

- Cancer de l'ovaire : 4600/an,
- 7e cancer le plus fréquent ; en diminution depuis les années 2000 (utilisation croissance de la contraception hormonale) principalement chez la femme > 45 ans
- -4e cause de décès par cancer de la femme, de mauvais pronostic (2e cancer gynécologique après l'endomètre)
- 10-20% des cancers surviennent dans un contexte de prédisposition génétique
- Très longtemps asymptomatique : diagnostic précoce difficile, 75% diagnostiqués à un stade évolué (FIGO III ou IV)
- Développé sur des kystes d'inclusion épithéliale formée par la cicatrisation après ovulation (théorie plus récente : origine tubaire des cellules néoplasiques)
- Histoire naturelle : essentiellement envahissement péritonéal (carcinose) et extension lymphatique (ADP iliaques externes et primitives, et lombo-aortiques), plus rarement hématogène (métastases hépatique, pulmonaire, cerveau)

Les facteurs de risque :

- Age > 50 ans, ménopause, antécédents d'irradiation pelvienne
- - du nombre d'ovulations : Nulliparité, 1ère grossesse tardive > 30 ans, infertilité, puberté précoce
- - Antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, de l'ovaire, de l'endomètre ou du colon
- - Syndrome héréditaires (autosomiques dominants) : syndrome familial de cancer du sein ou de l'ovaire, syndrome sein-ovaire (mutation BRCA1++ ou BRCA2), syndrome de Lynch
- - Stimulation par Clomifène (FIV ++)
- - Endométriose
- - Tabac, amiante, THS à base d'œstrogène (CIRC 2012) Le cancer de l'ovaire n'est pas hormonodépendant
- - Facteurs protecteurs (de l'ovulation) : contraception orale, multiparité, allaitement > 6 mois, ligature tubaire

Les TM malignes anapath

Tumeur épithéliale

- -Tumeur séreuse : cystadénocarcinome séreux
- -Tumeur mucineuse : cystadénocarcinome mucineux
- -Adénocarcinome endométrioïde

Tumeur germinale

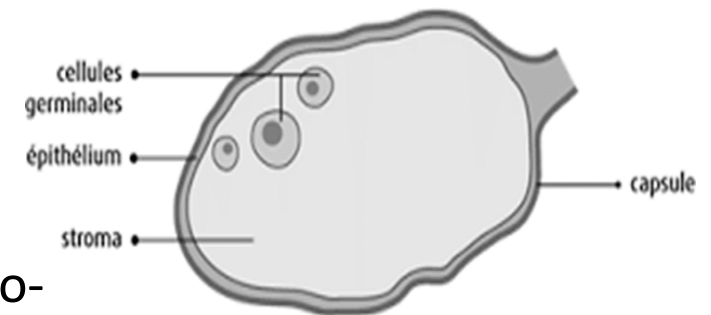
Tératome immature

- Choriocarcinome
- Dysgerminome : séminome-
- Tumeurs femelles (oestrogéno-sécrétante) : tumeur de la granulosa, tumeur fibro-thécale
- Tumeur à cellules de Sertoli et de Leydig)

- Syndrome de Krukenberg : MT ovarienne mucineuse d'un cancer digestif (gastrique++), mammaire ou
- Gonadoblastome (rare) : associe cellules germinales et éléments des cordons sexuels mâles et femelles

SANS OUBLIER : entre la bénignité et la malignité se trouve le borderline

Coupe transversale d'un ovaire



DIAGNOSTIC

Circonstances de découvertes :

- Douleurs pelvi-abdominales à type de pesanteurs
 - Ascite
 - Métrorragies ou méno -métrorragies, aménorrhée
 - Signes de compression vésicale, rectale, veineuse
 - Altération de l'état général
 - Métastases révélatrices
- Palpation des aires ganglionnaires, notamment inguinales et sus-claviculaires

Examens complémentaires

Echo abdominopelvienne = Examen de 1ère intention devant toute tumeur ovarienne

- Arguments évocateurs de malignité : végétations endo-/exo-kystiques, ascite, ADP, masse pelvienne associée
- Exploration de l'ovaire controlatéral
- Doppler systématique en cas de volumineuse masse pelvienne à la recherche d'une thrombophlébite pelvienne.

Bio Marqueur tumoraux CA 125 = Marqueur de référence des cancers séreux, Autres -
Dosage de l'ACE et du CA 19.9 systématique : dans les adénocarcinomes mucineux
- Marqueurs tumoraux embryonnaires chez les femmes jeunes : α FP, hCG, LDH

IRM abdominopelvienne = Examen de référence pour la classification (avec coupes jusqu'au pédicule rénal)

- Caractéristiques de la tumeur et rapports
- Bilan d'extension et classification FIGO : ascite, implants péritonéaux, carcinose péritonéale, atteinte digestive, mésentérique ou du grand épiploon, ADP, MT à distance, épanchement pleural

Scanner thoraco-abdomino-pelvien systématique = bilan d'extension : recherche d'ADP, de métastases à distance, ascite, nodules de carcinose

PET-scanner indiqué en 2nd intention

- **Mammographie et/ou échographie mammaire** : cancer du sein associé
- **CEOLIOSCOPIE**:DIAGNOSTIQUE ET STADIFECATION

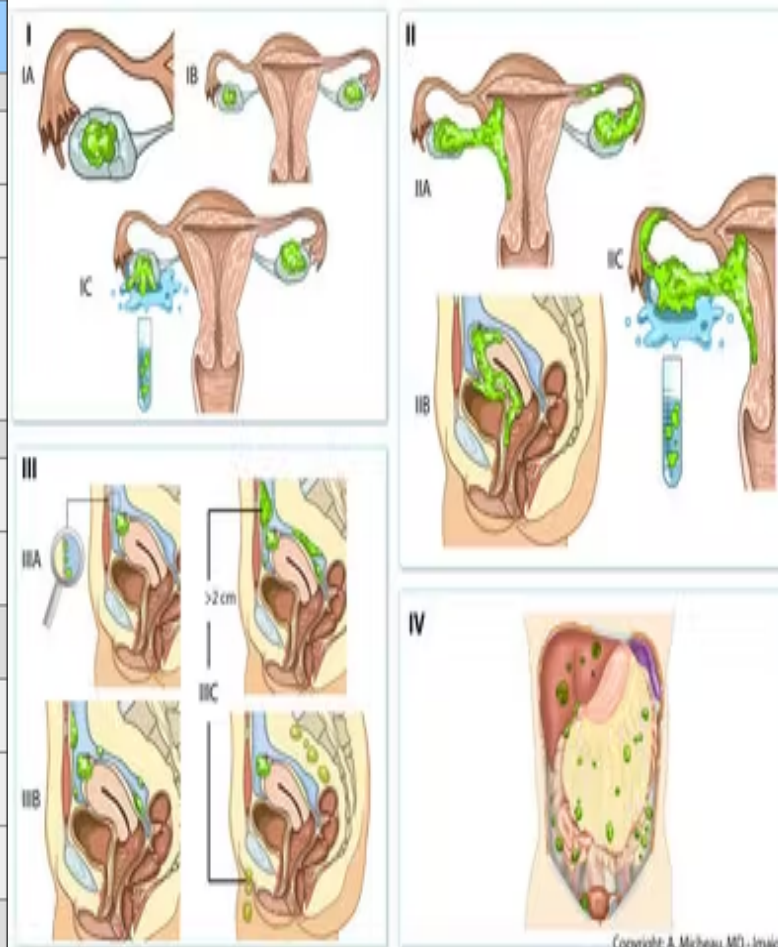
Classification FIGO

3. Classifications 2018 FIGO et TNM (7ème édition) des tumeurs épithéliales de l'ovaire, trompes et péritonéales primitives

T	N	M	Stades FIGO	Définition
T1	N0	M0	Stade I	Tumeur limitée aux ovaires (1 ou les 2)
T1a	N0	M0	Stade IA	Tumeur limitée à un seul ovaire ; capsule intacte, sans tumeur à la surface de l'ovaire ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
T1b	N0	M0	Stade IB	Tumeur limitée aux deux ovaires ; capsules intactes, sans tumeur à la surface de l'ovaire ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
T1c	N0	M0	Stade IC *	Tumeur limitée à 1 ou aux 2 ovaires, avec : <ul style="list-style-type: none"> • soit rupture capsulaire • soit tumeur à la surface des ovaires • soit cellules malignes présentes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
T2	N0	M0	Stade II	Tumeur intéressant 1 ou les 2 ovaires avec extension pelvienne
T2a	N0	M0	Stade IIA	Extension et/ou greffes utérines et/ou tubaires ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal
T2b	N0	M0	Stade IIB	Extension à d'autres organes pelviens ; pas de cellule maligne dans le liquide d'ascite ou le liquide de lavage péritonéal
T3	et/ou N1	M0	Stade III	Tumeur de l'ovaire avec extension péritonéale abdominale et/ou ganglionnaire rétropéritonéale
T3a	N0	M0	Stade IIIA **	Métastases rétropéritonéales microscopiques ± péritoine
T3b	N0	M0	Stade IIIB	Métastases péritonéales extra-pelviennes ≤ 2 cm ± adénopathies
T3c	et/ou N1	M0	Stade IIIC	Métastases péritonéales extra-pelviennes >2 cm ± adénopathies
Tous T	Tous N	M1	Stade IV ***	Métastases à distance (à l'exclusion des métastases péritonéales)

* : stade IC

Classification FIGO - Cancer de l'ovaire



Copyright: A. Michau, MD - Imaios

Stratégies thérapeutiques

Méthodes :

A: chirurgie :

1 coelioscopie : diagnostique ; thérapeutique

2 laparotomie : surtout si TM maligne

3 geste associer: Omentectomie; appendicectomie; lymphadénectomie....

B: chimiothérapie : (systémique)

1 adjuvante : succède le trt

2 néo adjuvante : avant le trt

3 palliative: pour augmente la survie

C: radiothérapie :transcutané ; curiethérapie (exceptionnelle)

D :hormonothérapies et immunothérapie

C: la thérapie ciblé

La chirurgie :

Coelioscopie initiale = En 1ère intention : confirmation diagnostique et bilan de résécabilité
- Cytologie péritonéale, biopsie tumorale et bilan d'extension (carcinose péritonéale)

Laparotomie médiane xiphopubienne := Immédiatement après la coelioscopie en cas de cancer de l'ovaire retrouvé à l'examen extemporané et de tumeur résécable : **chirurgie de réduction tumorale maximale**

- Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale
- Curage ganglionnaire pelvien bilatéral et lombo-aortique (intérêt discuté)
- Omentectomie (exérèse du grand épiploon)
- Appendicectomie
- Biopsies péritonéales multiples ± élargie (digestive, péritonéale...)

Chirurgie d'intervalle : En cas de chirurgie de réduction tumorale complète impossible : chirurgie d'intervalle + CHIP (chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale) après 3 cures de chimiothérapie néoadjuvante, suivie de 3 nouvelles cures de chimiothérapie

tumeur maligne de stade IA : Chez la femme jeune avec désir de grossesse : possibilité de chirurgie initiale conservatrice annexectomie unilatérale avec vérification de l'ovaire controlatéral ± curage

Chimiothérapie = 6 cycles de poly chimiothérapie adjuvante :
association taxol + sel de platine, démarrée le plus tôt possible : 6 cures
toutes les 3 semaines

Le cancer de l'ovaire est très chimio sensible (mais non radiosensible)

Thérapies ciblées Inhibiteurs de PARP :

- Inhibent la réparation de l'ADN, activant l'apoptose des cellules cancéreuses
- Chez les BRCA mutées, stade III ou IV, en réponse après chirurgie et chimiothérapie : amélioration de la survie

Facteurs pronostiques:

- Réduction tumorale complète : principal facteur pronostique
- Stade FIGO
- Age et état général
- prise en charge par un centre expert
- Type histologique : tumeur mucineuse, endométriode ou à cellules claires de meilleur pronostic
- Grade de différenciation histologique
- Réponse à la chimiothérapie Pronostic : **survie à 5 ans de 45% tous stades confondus : 85 % au stade 1, 60% au stade II, 35% au stade III, et 20 % au stade IV.**

Surveillance -Clinique + CA 125 (+ échographie en cas de traitement conservateur) : tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis 1/an

- Pas d'examen radiologique de manière systématique
- En cas de suspicion de récurrence : scanner abdomino-pelvien en 1ère intention

Prévention : Chez les femmes avec un risque génétique de cancer de l'ovaire (BRCA1/2) :

- Suivi dès 30 ans : examen gynécologique et mammaire 2 fois/an + échographie pelvienne et CA125 1 fois/an
- A partir de 40 ans (BRCA1) ou 45 ans (BRCA2) : annexectomie bilatérale prophylactique proposée

Tumeur ovarienne borderline ou frontière : se situent entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes :

- Excellent pronostic
- Dans 30% des cas, on retrouve des localisations extra-ovariennes avec des implants péritonéaux
- Seule l'anatomopathologie permet de poser le diagnostic
- Prise en charge chirurgicale : cytologies + biopsies péritonéales + kystectomie ou annexectomie + Omentectomie infra-colique
- Pas de curage, appendicectomie seulement en cas de forme mucineuse. -

