

Item303-Tumeurs de l'ovaire

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Référentiel: Prise en charge initiale des cancers gynécologiques / Société Française d'Oncologie Gynécologique / 2009 - ALD 30: ald30_gm_k_ovaire_vd_2010-02-11_15-00-56_15.pdf - Polycopiés nationaux: > Kyste des ovaires - CNGOF > Cancer de l'ovaire : signes cliniques, moyens diagnostiques et bilan d'extension, stratégie thérapeutique	- Cystadénome(K) ; séreux-mucineux - Sein-ovaire BRCA / spectre HNPCC - TV: mlu / ascite / carcinose / Troisier - Echo pelvienne: orientation (8) +++ - Score malignité: CA 125 / écho abdo - Extension: TDM TAP inj. / IRM AP - Coelio diag.: cyto / intégrité / anapath - KF: contrôle écho à 3M / POP inutile - Cancer: laparotomie / exploration - réduction tumorale maximale / chimio - Torsion: douleur brutale / coelio < 6H - PenC 100% / soutien psy / traitement palliatif	- RPC et PPS - DDR / hCG / contraception - Ovaires = penser seins - Coelio = infoP conversion - Cancer = laparotomie

Généralités

Définitions

- **Kyste fonctionnel de l'ovaire**
 - = transformation kystique d'un follicule ; pré-ovulatoire si < 3cm, anovulatoire si > 3cm
 - ou d'un corps jaune
 - **toujours bénin**: développement lié au cycle ovarien / **régression** spontanée (en < 3 mois généralement)
- **Kyste organique de l'ovaire**
 - = kyste ovarien dont le développement est indépendant du cycle: **persistant**
 - **potentiellement malin** (= cancer de l'ovaire) mais **bénin dans 90%** des cas +++
- **Remarque: TOLM**
 - = Tumeur ovarienne à la limite de la malignité (= « frontière » ou « borderline »)

Epidémiologie (pour cancer)

- Incidence = 4000 cas/an - mortalité = 3500/an en France
- Remarque : 5-7% des femmes développent une tumeur ovarienne au cours de leur vie (toutes natures histologiques confondues)
- Age moyen = femme > **45ans** (!! ≠ KFO: chez femme jeune)
- **Facteurs de risque**
 - **Terrain**: âge > 50 ans / atcd d'irradiation pelvienne / THS
 - **Facteurs augmentant le nombre d'ovulations**
 - 1ères règles précoces ou ménopause tardive
 - Nulliparité ou 1ère grossesse tardive (> 30ans)
 - **Facteurs héréditaires +++**
 - Atcd personnels/familiaux de cancers de l'ovaire / sein / endomètre
 - Mutation **BRCA1-2** (RRx40) / spectre **HNPCC** élargi (cf [Tumeurs du colon et du rectum.](#))
- **Facteurs protecteurs**

- = Facteurs diminuant le nombre d'ovulations
- → contraception orale (!) / multiparité / allaitement

Anatomo-pathologie

- **Kystes fonctionnels**
 - **Kyste folliculaire**: en 1ère partie de cycle (avant ovulation) / à partir d'un follicule
 - **Kyste lutéal**: en 2nde partie de cycle (après ovulation) / à partir du corps jaune
- **Kystes organiques**
 - **Tumeurs épithéliales (80%) (bénin / malin)**
 - **séreuses +++** : cystadénome **séreux** / **cystadénocarcinome séreux**
 - **mucineuses**: cystadénome mucineux / cystadénocarcinome mucineux
 - **endométrioides**: histologiquement identique aux tumeurs de l'endomètre
 - **Tumeurs germinales (10-20%)**
 - **Kyste dermoïde (tératome mature)**: !! seule tumeur germinale bénigne
 - Tumeur embryonnaire à contenu variable: poils, cheveux, dents...
 - **Autres = malignes**: dysgerminomes, choriocarcinome, etc.
 - **Tumeurs stromales**
 - Fibrome et thécome = toujours bénins / autres parfois malins
- **Classification FIGO**

Stade I	<ul style="list-style-type: none"> ○ = tumeur limitée aux ovaires <ul style="list-style-type: none"> ■ Ia: un seul ovaire / pas d'ascite / pas de rupture capsulaire ■ Ib: atteinte des 2 ovaires / pas d'ascite / pas de rupture ■ Ic: 1 ou 2 ovaire / ascite et/ou rupture de la tumeur
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> ○ = extension pelvienne <ul style="list-style-type: none"> ■ IIa: atteinte utérus et/ou trompe (1 ou 2 ovaires) ■ IIb: autre atteinte pelvienne (1 ou 2 ovaires) ■ IIc: IIa ou IIb avec ascite ou rupture ou cytologie péritonéale
Stade III	<ul style="list-style-type: none"> ○ = extension extra-pelvienne (péritonéale ou ganglionnaire) <ul style="list-style-type: none"> ■ IIIa: métastases péritonéales microscopiques (N0) ■ IIIb: métastases péritonéales macroscopiques < 2cm (N0) ■ IIIc: métastases péritonéales > 2cm ou atteinte ganglionnaire
Stade IV	<ul style="list-style-type: none"> ○ = présence de métastases viscérales à distance ou d'un épanchement pleural

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: âge / atcd personnels et familiaux / ménopause
 - **Anamnèse**: circonstances de découverte / **DDR**
 - **Traitements**: contraception / THS si ménopause
 - **Signes fonctionnels**
 - **signes gynécologiques ++** : pesanteur pelvienne / dysménorrhée ou autres perturbations du cycles
 - **signes généraux**: rechercher une AEG: amaigrissement / asthénie / anorexie
 - **signes d'extension (compression)** : digestifs (constipation) / urinaires (dysurie/ pollakiurie)
- **Examen physique**
 - **Examen gynécologique**
 - **Palpation abdominale**: masse sus-pubienne
 - **Examen au spéculum**: intégrité du col / saignement + faire FCV si > 2ans
 - **Toucher vaginal +++**: retrouve une masse pelvienne latéro-utérine
 - → évoque un cancer si: dure / irrégulière / fixe / indolore / bilatérale / non séparée de l'utérus par un sillon / dépendante de la mobilisation utérine
 - **Examen des seins**: rechercher un nodule : syndrome sein-ovaire (**A savoir !**)
 - **Bilan d'extension clinique**
 - Rechercher HMG / **ascite ++** (matité déclive / volume ↑)

- Recherche ADP inguinales et sus-claviculaires (**Troisier**)
- Toucher rectal: recherche **carcinose** péritonéale (cul-de-sac)

Examens complémentaires

- En 1ère intention = échographie pelvienne +++
 - Par voie abdominale **et** endovaginale / toujours bilatérale **et** comparative +++
 - Orientation diagnostique (8) intra-kystiques

	Tumeur bénigne	Tumeur maligne
taille	< 5-6 cm	> 5-6 cm
parois	finies	épaisses
contours	réguliers	réguliers
contenu	homogène / liquidien	hétérogène / tissulaire
végétations	non	endo ou exo-kystiques
cloisons	non	cloisons
doppler	normale	néovascularisation anarchique
signes associés	aucun	rechercher ascite (Douglas) / carcinose péritonéale / métastase hépatique / Atteinte bilatérale

- → CAT selon l'aspect échographique +++
 - Si kyste d'allure bénigne: abstention et échographie de **contrôle à 3 mois** (90% des kystes fonctionnels régressent à 3 mois)
 - Si kyste suspect ou persistant : bilan pré-chirurgical puis **coelioscopie** diagnostique
 - Si cancer probable: bilan pré-chirurgical puis **laparotomie** d'emblée (**A savoir !**)
- En 2e intention =IRM
 - Surtout si FdR cancer ou si > 7cm (CNGOF 2013)
- Pour bilan pré-chirurgical
 - Evaluation du risque de malignité (score de malignité)
 - Marqueurs tumoraux
 - CA 125 +++ : risque de malignité si > 35 UI/mL ...mais performance diagnostique insuffisante +++ (CNGOF 2013) donc utile surtout pour suivi +++
 - Autres: CA 19.9 (mucineux) - αFP et βHCG (tumeurs embryonnaires)
 - Echographie-doppler abdomino-pelvienne
 - Examen de l'ovaire contro-latéral / étude doppler de la vascularisation
 - Bilan d'extension: ascite / métastase hépatique / carcinose péritonéale
 - En cas de risque de malignité élevé: bilan d'extension
 - TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée
 - Recherche carcinose péritonéale / ascite / épanchement pleural
 - Recherche métastases hépatiques / pulmonaires / ADP / hydronéphrose
 - IRM abdomino-pelvienne injectée
 - Mieux que TDM pour exploration du pelvis et de la tumeur
 - Pour diagnostic positif = coelioscopie diagnostique
 - Indications
 - Kyste d'allure bénigne **persistant à 3 mois** (et risque de malignité faible)
 - Tableau échographique **suspect** de malignité / après bilan d'extension
 - !! si suspicion de cancer élevée (carcinose...): laparotomie d'emblée (**A savoir !**)
 - Modalités
 - Après information sur le risque de conversion en **laparotomie** (**A savoir !**)
 - 1er temps exploratoire: **cytologie** péritonéale / inspection (!! controlatérale)
 - Traitement conservateur (kystectomie) ou non (ovariectomie ou annexectomie)
 - !! respecter l'**intégrité** du kyste (+/- ponction) / envoi en **anapath**.
 - Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan pré-op: Gpe-Rh-RAI / Cs anesthésie / ECG-RTx / bêta-hCG
 - Bilan d'opérabilité: ECG-ETT / EFR-GDS, etc.
- Diagnostics différentiels**
 - Ceux d'une masse latéro-utérine
 - Grossesse extra-utérine +++ (cf **Grossesse extra-utérine**)

- Pathologies tubaires: hydrosalpinx / pyosalpinx
- Fibrome utérin (sous-séreux pédiculé)

Evolution

Complications (de toute tumeur: bénigne ou maligne)

- **Torsion d'annexe +++**
 - = torsion de l'ovaire autour de son pédicule vasculaire
 - **Examen clinique**
 - Douleur pelvienne intense / d'apparition **brutale / résistante** aux antalgiques (≠ hémorragie intrakystique)
 - Défense à la palpation / touchers pelviens très douloureux
 - **Examens complémentaires**
 - **hCG plasmatiques**: éliminer une GEU (**A savoir !**)
 - **Echographie pelvienne: par voie transabdominale et endovaginale**
 - douleur intense au passage de la sonde en voie endovaginale
 - possible lame d'épanchement réactionnel dans le Douglas
 - kyste volumineux / ovaire oedématié / **Doppler**: arrêt vascularisation
- **Hémorragie intra-kystique**
 - **Clinique**
 - Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale (idem torsion)
 - **Mais** évolution rapidement favorable sous 1-2h (diagnostic ≠ avec torsion)
 - **Echographie**
 - Image de kyste ovarien à contenu hétérogène (= sang)
 - Présence d'un niveau liquidien (inconstant mais très évocateur)
- **Rupture de kyste**
 - **Clinique**
 - Douleur pelvienne d'apparition brutale spontanément résolutive (jours)
 - **!! Rarement**: rupture hémorragique: tableau d'hémopéritoine +/- choc
 - **Paraclinique**
 - **Echographie**: lame liquidienne dans cul-de-sac / ovaires normaux
 - **hCG plasmatique**: éliminer une GEU rompue si hémopéritoine +++
- **Compression extrinsèque (rare si tumeur bénigne)**
 - **Tableau clinique selon organe comprimé**
 - Si vessie = pollakiurie
 - Si uretère = rétention d'urine +/- hydronéphrose
 - Si rectum = syndrome rectal (ténésme / épéintes) / troubles du transit
- **Dégénérescence maligne**
 - Pour les kystes organiques bénins

Histoire naturelle (tumeurs malignes seulement)

- **Extension naturelle**
 - Par voie péritonéale +++ → **carcinoïde** péritonéale
 - Par voie lymphatique → ADP iliaques et lombo-aortiques
 - Par voie hématogène: plus rare → métastases hépatiques / pulmonaires / osseuses
- **Pronostic**
 - Taux de survie à 5ans: tous stades = **30%** (stade I > 75% mais stade III = 20%)
 - Longtemps asymptomatique donc diagnostic tardif → pronostic sombre
 - **Facteurs pronostiques**
 - Qualité de la **réduction tumorale initiale** +++ (facteur principal)
 - Stade (FIGO) et grade de différenciation
 - Terrain: âge de la patient et état général
 - Type histologique: tumeur malignes séreuses de mauvais pronostic
 - Normalisation du CA 125 à 3 mois

Traitement

Prise en charge d'un kyste d'aspect fonctionnel

- **Surveillance** simple pendant 3 mois (!! pilule oestro-progestative inutile et ajoutant les effets indésirables +++ CNGOF 2013)
- **Contrôle échographique systématique à 3 mois +++**
 - **Si disparition du kyste**: c'était un kyste fonctionnel → rien à faire

- Si persistance du kyste: [CA125 + écho abdo] puis coelioscopie diagnostique

Prise en charge d'un cancer de l'ovaire

- Réunion de concertation multidisciplinaire (**RCP**) et **PPS (A savoir !)**
 - Bilan préopératoire / bilan d'extension / consultation d'annonce
 - **Chimiothérapie néo-adjuvante**
 - En cas de tumeur non opérable d'emblée (extension diffuse)
 - Chimiothérapie de réduction puis chirurgie ou palliatif
 - **Traitement chirurgical curatif**
 - **Voie d'abord**
 - si forte suspicion ou histologie connue = **laparotomie** médiane d'emblée
 - !! si diagnostic au cours d'une coelioscopie → conversion immédiate (**A savoir !**)
 - **1er temps = exploration abdomino-pelvienne = Staging**
 - Exploration péritonéale première: **biopsies** multiples à l'aveugle
 - Exploration minutieuse de la cavité péritonéale / biopsie de l'ovaire
 - → Diagnostic histologique et classification **FIGO** (cf supra)
 - **2nd temps = réduction tumorale maximale**
 - !! Après confirmation histologique du caractère malin
 - **Hysterectomie** totale / **annexectomie** bilatérale (= non conservatrice)
 - **Curage** ganglionnaire bilatéral iliaque et lomboaortique / omentectomie / appendicectomie
 - → **schéma daté et signé dans CR opératoire +++**
 - **Chimiothérapie adjuvante**
 - **Systematique** / à commencer le plus tôt possible après la chirurgie (~1M)
 - **Modalités:** polychimiothérapie: sel de platine (toujours) + taxane (paclitaxel)
 - **!! Remarque:** tumeurs de l'ovaire non radio-sensibles: radiothérapie inutile
 - **Mesures associées** (cf **Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillanc**)
 - Prise en charge de la douleur / soins palliatifs si fin de vie
 - Soutien psychologique / prise en charge à **100%**
 - **Surveillance**
 - **Contrôle à 6M +++ :** TDM TAP (++) ou laparotomie de second look
 - **Clinique:** Cs 1x/3-6M - examen gynéco / tolérance et efficacité de la chimio
 - **Paraclinique: CA 125 +++** pour efficacité: 1x/6M / NFS-P pour tolérance
- #### Traitement des complications
- **Torsion d'annexe**
 - **!! Urgence** chirurgicale: risque de nécrose de l'ovaire dans les **6 heures**
 - Information de la patiente: risque de laparoconversion et annexectomie (**A savoir !**)
 - **Coelioscopie à visée diagnostique et thérapeutique en urgence**
 - Traitement conservateur: détorsion de l'annexe / surveiller recoloration / intistiler sérum chaud
 - Traitement radical = annexectomie unilatérale si ovaire nécrosé
 - **!! NPO** traitement étiologique = kystectomie systématique / ex. **anapath**
 - **Hémorragie intra-kystique**
 - Diagnostic différentiel avec la torsion d'annexe sur l'évolution clinique +++
 - **Traitement médical** symptomatique 1er: antalgique en IV selon EVA / surveillance
 - Traitement coelioscopique que si persistance de la douleur: éliminer une torsion

Synthèse pour questions fermées

Devant un cancer de l'ovaire chez une femme jeune, quelle mutation doit être recherchée ?

- Mutation BRCA 1-2

Quel est le type histologique le plus fréquent dans le cancer de l'ovaire ?

- Tumeurs épithéliales (80%) : cystadénocarcinome séreux ++

Quels sont les 5 complications principales d'un kyste de l'ovaire (bénin ou malin) ?

- Torsion d'annexe
- Hémorragie intra-kystique
- Rupture de Kyste
- Compression extrinsèque
- Dégénérescence maligne