

## Item303-Tumeurs de l'ovaire

| Objectifs CNCI   |  |  |
|--|--|--|
| - Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.  |  |  |
| Recommandations  | Mots-clés / Tiroirs  | NPO / A savoir !   |
| - <b>Référentiel:</b> <a href="#">Prise en charge initiale des cancers gynécologiques / Société Française d'Oncologie Gynécologique / 2009</a><br>- ALD<br><b>30:</b> <a href="#">ald30_gm_k_ovaire_vd_2010-02-11_15-00-56_15.pdf</a><br>- Polycopiés nationaux:<br>> <a href="#">Kyste des ovaires - CNGOF</a><br>> <a href="#">Cancer de l'ovaire : signes cliniques, moyens diagnostiques et bilan d'extension, stratégie thérapeutique</a> | - Cystadénome(K) ; séreux-mucineux<br>- Sein-ovaire BRCA / spectre HNPCC<br>- TV: mlu / ascite / carcinose / Troisier<br>- Echo pelvienne: orientation (8) +++<br>- Score malignité: CA 125 / écho abdo<br>- Extension: TDM TAP inj. / IRM AP<br>- Coelio diag.: cyto / intégrité / anapath<br>- KF: contrôle écho à 3M / POP inutile<br>- Cancer: laparotomie / exploration<br>- réduction tumorale maximale / chimio<br>- Torsion: douleur brutale / coelio < 6H<br>- PenC 100% / soutien psy / traitement palliatif | - RPC et PPS<br>- DDR / hCG / contraception<br>- Ovaires = penser seins<br>- Coelio = infoP conversion<br>- 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"> <li>○ = <b>tumeur limitée aux ovaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ia: un seul ovaire / pas d'ascite / pas de rupture capsulaire</li> <li>■ Ib: atteinte des 2 ovaires / pas d'ascite / pas de rupture</li> <li>■ Ic: 1 ou 2 ovaire / ascite et/ou rupture de la tumeur</li> </ul> </li> </ul>                              |
| Stade II  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ = <b>extension pelvienne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ IIa: atteinte utérus et/ou trompe (1 ou 2 ovaires)</li> <li>■ IIb: autre atteinte pelvienne (1 ou 2 ovaires)</li> <li>■ IIc: IIa ou IIb avec ascite ou rupture ou cytologie péritonéale</li> </ul> </li> </ul>  |
| Stade III | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ = <b>extension extra-pelvienne (péritonéale ou ganglionnaire)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ IIIa: métastases péritonéales microscopiques (N0)</li> <li>■ IIIb: métastases péritonéales macroscopiques &lt; 2cm (N0)</li> <li>■ IIIc: métastases péritonéales &gt; 2cm ou atteinte ganglionnaire</li> </ul> </li> </ul> |
| Stade IV  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ = <b>présence de métastases viscérales à distance ou d'un épanchement pleural</b></li> </ul>  |

## 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 / <b>tissulaire</b>  |
| 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 / épérintes) / troubles du transit
- **Dégénérescence maligne**
  - Pour les kystes organiques bénins

### Histoire naturelle (tumeurs malignes seulement)

- **Extension naturelle**
  - Par voie péritonéale +++ → **carcinose** 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