

Item 303 (ex item 153) – Tumeurs de l'ovaire

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

1. Prérequis.....	3
2. Types histologiques des tumeurs de l'ovaire.....	3
2.1. Tumeurs épithéliales.....	4
2.2. Tumeurs germinales.....	5
2.3. Tumeurs du stroma et des cordons sexuels.....	5
3. Diagnostic d'une tumeur ovarienne/d'un kyste de l'ovaire.....	5
3.1. Lésion suspecte.....	5
3.2. Lésion maligne.....	6

Objectifs ENC

- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs.
- Connaître la place et l'apport de l'anatomie pathologique pour le diagnostic et les moyens thérapeutiques.

1. Prérequis

Histologie :

- l'ovaire est bordé en surface d'un épithélium cubique simple ;
- il est constitué de deux zones : la corticale et la médullaire ;
- la corticale contient un stroma spécialisé et de follicules ;
- dans le stroma, il y a des cellules fibroblastiques et des cellules sécrétant des hormones masculines (cellules de Leydig et Sertoli) ;
- les follicules ovariens contiennent une cellule germinale (ovocyte) et, en fonction de la maturation du follicule, il peut y avoir des cellules sécrétant des hormones féminines (cellules de la granulosa, cellules thécales) ;
- la médullaire contient des vaisseaux sanguins et des lymphatiques.

2. Types histologiques des tumeurs de l'ovaire

Les tumeurs de l'ovaire sont volontiers kystiques, mais les kystes de l'ovaire ne sont pas toujours des tumeurs. Il existe aussi des kystes dits fonctionnels où le follicule ovarien ou le corps jaunes forment des kystes.

En dehors des kystes fonctionnels ou d'endométriiose, les tumeurs de l'ovaire se classent en fonction des cellules qui les composent.

Il existe donc trois types histologiques (classification histologique OMS 2003, tableau 1) :

- les tumeurs épithéliales ;
- les tumeurs du stroma et des cordons sexuels (cellules spécialisées hormonosécrétantes) ;
- les tumeurs germinales dérivant de l'ovocyte.

Tableau 1 : Classification histologique des tumeurs de l'ovaire, OMS 2003.

Origine	Cellule épithéliale	Cellule germinale (ovocyte)	Stroma-cordons sexuels	Métastases
Fréquence (% des tumeurs de l'ovaire)	65–70 %	15–20 %	5–10 %	5 %
Âge habituel	+ de 20 ans	0-20 ans	Tout âge	
Sous-types	Séreuse Mucineuse Endométriïde Cellules claires Cellules transitionnelles	Tératome mature/immature Dysgerminome Tumeur du sinus endodermique Choriocarcinome	Fibrome/fibrothécome Tumeurs thécales ou de la granulosa Tumeurs à cellules de Leydig/Sertoli	

Pourcentage des tumeurs malignes de l'ovaire	90 %	3-5 %	2-3 %	5 %
--	------	-------	-------	-----

En gras, les tumeurs les plus fréquentes pour chaque catégorie.

2.1. Tumeurs épithéliales

Les tumeurs épithéliales peuvent être :

- **bénignes** (cystadénome séreux, cystadénome mucineux, etc.) ;
- **borderline** (à la limite de la malignité) : tumeur séreuse à la limite de la malignité ;
- **malignes** (cystadénocarcinome séreux, mucineux...).

Les termes de cystadénome et cystadénocarcinome expriment le fait que les tumeurs sont en grande partie kystiques : un cystadénome est un adénome en grande partie kystique.

Histologie :

- les tumeurs bénignes sont constituées de cellules régulières, bien organisées (épithélium unistratifié) ;
- les tumeurs borderline sont faites de cellules atypiques avec pseudo-stratification et infiltration nulle ou minimale. Ces lésions borderline peuvent parfois s'accompagner d'une extension péritonéale sous formes d'implants non invasifs ;
- les tumeurs malignes sont faites de cellules atypiques, avec une architecture désorganisée, et il existe une infiltration.

Chez la femme adulte, la tumeur la plus fréquente est le cystadénome séreux (figures 1 et 2)

Figure 1 : Macroscopie : tumeur de l'ovaire multikystique, à paroi fine, sans végétations : tumeur bénigne

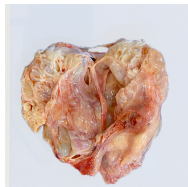
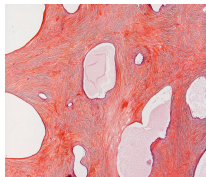


Figure 2 : Microscopie : cystadénome séreux de l'ovaire (kystes à revêtement régulier + tissu fibreux)



Chez la femme âgée, il s'agit le plus souvent d'une tumeur épithéliale maligne, l'adénocarcinome séreux (figures 3 et 4).

Figure 3 : Macroscopie : tumeur de l'ovaire à la surface lisse, mi-solide, mi-kystique à la coupe. Malignité suspectée macroscopiquement

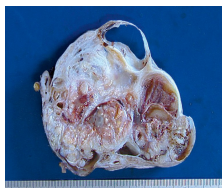
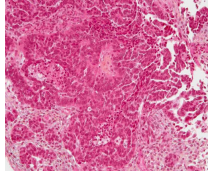


Figure 4 : Microscopie : adénocarcinome papillaire de haut grade



Les tumeurs mucineuses sont moins fréquentes. Lorsqu'il s'agit d'un adénocarcinome mucineux bilatéral, il faut évoquer de principe la possibilité d'une localisation secondaire (métastase) ovarienne d'une tumeur primitive (côlon le plus fréquent, appendice, estomac). Lorsque la tumeur ovarienne est bilatérale, l'origine ovarienne est exceptionnelle.

2.2. Tumeurs germinales

Le tératome mature (95 % des tumeurs germinales) est la tumeur bénigne unilatérale la plus fréquente chez la jeune fille. On recherche un contingent immature. Il existe d'autres types histologiques, mais ils sont également très rares.

2.3. Tumeurs du stroma et des cordons sexuels

Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels représentent 8 % des tumeurs de l'ovaire.

Le fibrothécome est la tumeur bénigne la plus fréquente, survenant à tout âge.

Il existe d'autres types histologiques, mais ils sont très rares.

3. Diagnostic d'une tumeur ovarienne/d'un kyste de l'ovaire

Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique.

Cliniquement, la lésion est découverte durant un examen gynécologique, une échographie ou devant une symptomatologie (douleur, pesanteur, troubles menstruels...).

L'imagerie à faire en première intention est l'échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale. Plusieurs signes échographiques sont recherchés en faveur de la malignité : grande taille, bilatéralité, végétations, épaisseur de la paroi du kyste, hétérogénéité du contenu, index de résistance au Doppler élevé.

Les autres examens (scanner/IRM/marqueurs tumoraux) sont fonction de l'âge de la patiente et des résultats de l'échographie.

Chez une femme en période d'activité génitale, il faut d'abord éliminer un kyste fonctionnel.

Si le kyste apparaît bénin en échographie, une échographie est refaite trois mois plus tard.

3.1. Lésion suspecte

Si la lésion apparaît bénigne mais persiste au-delà de trois mois, ou si elle est suspecte en coelioscopie, on procède à une annexectomie avec examen extemporané.

Le résultat conditionne la suite de la chirurgie :

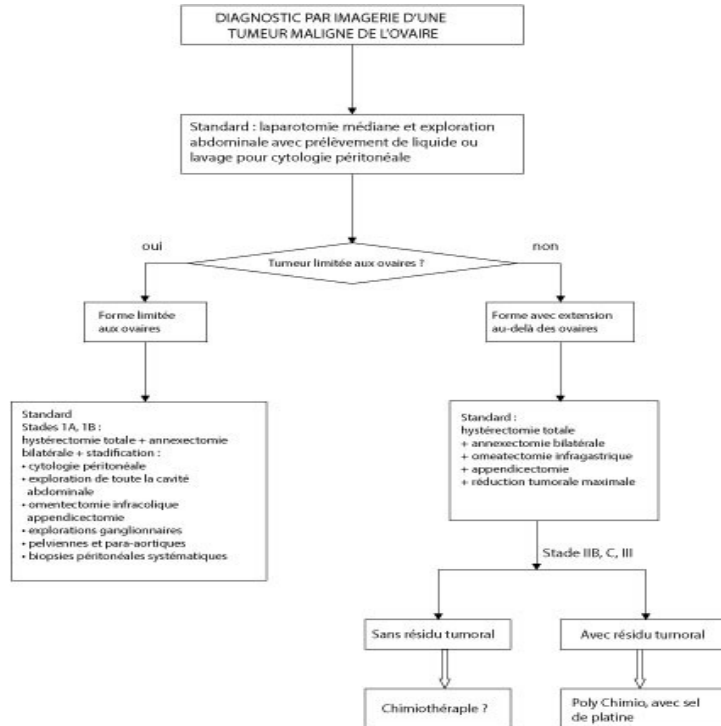
- bénignité : annexectomie simple ;
- borderline : annexectomie et prélèvements péritonéaux multiples ;
- malignité : conversion en laparotomie, annexectomie bilatérale et hystérectomie totale, curage ganglionnaire et prélèvements péritonéaux ;

- autres : il se peut que le diagnostic précis ne puisse être fait lors de l'examen extemporané. Il faut attendre le résultat définitif après fixation formolée et inclusion en paraffine.

3.2. Lésion maligne

Si la lésion apparaît d'emblée maligne, un bilan de cancer de l'ovaire est fait. Le geste opératoire sera une laparotomie (cf. *infra* « Cancer de l'ovaire », figure 5).

Figure 5 : Conduite à tenir devant le diagnostic par imagerie d'une tumeur maligne de l'ovaire



Seul l'examen anatomopathologique avec étude microscopique apporte le diagnostic de certitude du type de tumeur.

Points essentiels

- Les tumeurs de l'ovaire sont volontiers kystiques.
- Les kystes de l'ovaire ne sont pas toujours des tumeurs, il y a aussi des kystes dits fonctionnels.
- Il existe trois types histologiques (classification histologique OMS 2003) :
 - tumeurs épithéliales ;
 - tumeurs du stroma et des cordons sexuels ;
 - tumeurs germinales.
- Les tumeurs épithéliales les plus fréquentes sont le cystadénome séreux (bénin) et l'adénocarcinome séreux (malin).
- La tumeur germinale la plus fréquente au niveau de l'ovaire est le tératome mature (bénin).
- L'imagerie à faire en première intention pour exploration d'une masse ovarienne est l'échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale.
- Le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique.
- Si la lésion apparaît bénigne mais persiste au-delà de trois mois, ou si elle est suspecte, on procède à une coelioscopie pour annexectomie avec examen anatomopathologique (si possible un examen extemporané).