

Cancer de l'ovaire

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

| | |
|--|---|
| 1. Fréquence, épidémiologie..... | 3 |
| 2. Types histologiques..... | 3 |
| 3. Facteurs de risque, carcinogenèse, modalités d'extension..... | 3 |
| 4. Diagnostic..... | 3 |
| 4.1. Examen extemporané de l'annexectomie (trompe et ovaire anormal) et cytologie péritonéale..... | 3 |
| 4.2. Examen définitif..... | 4 |

1. Fréquence, épidémiologie

On dénombre 4 000 cas par an en France. Le cancer de l'ovaire est moins fréquent que le cancer du sein et de l'endomètre, mais un peu plus fréquent que le cancer du col.

Il concerne les femmes âgées de plus de 45 ans en général (âge moyen de découverte : 57 ans).

Maladie longtemps asymptomatique, le diagnostic se fait souvent à un stade avancé de la maladie. Il n'y a pas de dépistage.

Le pronostic est sombre : 35 % de survie à cinq ans globalement.

2. Types histologiques

Le type histologique le plus fréquent est l'adénocarcinome séreux (cf. figures 3 et 4).

Il y a aussi d'autres sous-types : adénocarcinome mucineux, endométrioïde, à cellules claires, à cellules transitionnelles.

Attention, 5 % des tumeurs malignes de l'ovaire sont des métastases ovariennes de cancers extra-ovariens : il faut y penser systématiquement en cas d'antécédents de cancer chez une patiente ou en cas de tumeur mucineuse bilatérale. Les tumeurs donnant volontiers des métastases ovariennes sont les cancers du sein et du tube digestif (côlon, estomac).

3. Facteurs de risque, carcinogénèse, modalités d'extension

- Nulliparité, première grossesse tardive.
- Facteurs génétiques : mutation BRCA1 ou BRCA2, syndrome de Lynch.

Chez les patientes avec mutation BRCA1 ou BRCA2, une annexectomie bilatérale prophylactique est proposée vers 40 ans.

L'extension des cancers de l'ovaire se fait principalement par voie péritonéale et lymphatique.

Quelques notions de pathogénie ovarienne : pendant longtemps, le revêtement de surface ovarien s'invaginant et formant des kystes d'inclusion a été considéré comme étant le point de départ des cancers de l'ovaire. Une autre hypothèse est actuellement proposée : la tumeur séreuse ovarienne se développerait à partir de cellules tubaires (de la trompe), soit à partir de cellules tubaires saines ayant migré dans l'ovaire principalement pendant les phases d'ovulation, soit à partir de lésions tubaires préexistantes de carcinome intra-épithélial disséminées secondairement dans l'ovaire et point de départ pour la tumeur infiltrante. Cette hypothèse est proposée car ces lésions ont été découvertes sur l'examen anatomopathologique des annexes de femmes ayant eu une annexectomie prophylactique pour mutation BRCA.

La tumeur endométrioïde ou à cellules claires se développerait à partir de cellules endométriales ayant migré de l'utérus vers l'ovaire de manière rétrograde.

4. Diagnostic

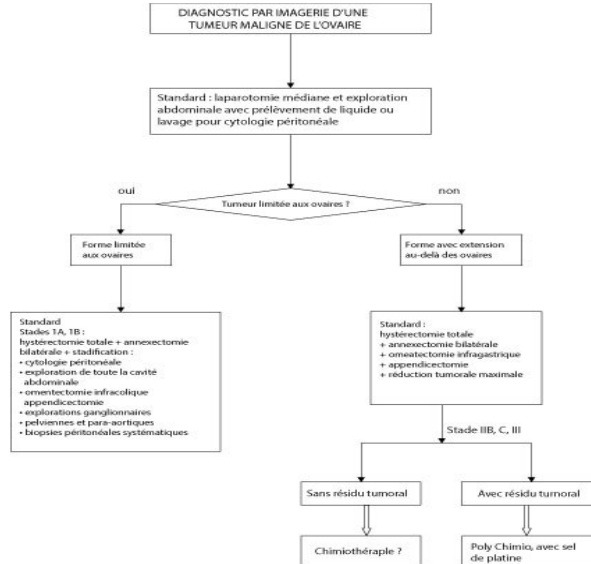
On procède à une chirurgie exploratrice (laparotomie d'emblée).

4.1. Examen extemporané de l'annexectomie (trompe et ovaire anormal) et cytologie péritonéale

Le résultat conditionne la suite de la chirurgie :

- bénignité : annexectomie simple ;
- borderline : annexectomie et prélèvements péritonéaux multiples ;
- malignité : annexectomie bilatérale et hystérectomie (figure 1) ;
- autres : attendre l'étude définitive après inclusion en paraffine.

Figure 1 : Conduite à tenir devant le diagnostic par imagerie d'une tumeur maligne de l'ovaire



4.2. Examen définitif

L'examen anatomopathologique fait le diagnostic de cancer en précisant obligatoirement (données minimales, INCa 2011) :

- le type histologique (classification OMS en vigueur) ;
- le grade (degré de différenciation) ;
- la présence ou non d'embolies vasculaires ;
- l'extension tumorale permettant de définir le stade (classification FIGO, préciser l'année) ;
- autres (cf. compte-rendu, items minimaux recommandations INCa 2011).

Le stade FIGO s'applique aussi aux tumeurs borderline (à la limite de la malignité).

Compte-rendu anatomopathologique

Données minimales à renseigner pour une tumeur primitive de l'ovaire (recommandations de l'INCa)

Type de prélèvement :

Organe/région anatomique : ovaires

Côté : droit/gauche/bilatéral

Type histologique :

Tumeur épithéliale : séreuse, endométrioïde ou indifférenciée • borderline :

- invasive : adénocarcinome

Autre type histologique : tumeur maligne rare de l'ovaire

Grade histopronostique :

Tumeurs séreuses : haut grade ou bas grade (selon le MD Anderson)

Tumeurs endométrioïdes : grade de la FIGO selon pourcentage de contingent solide non malpighien et non morulaire

Atypies cytonucléaires

Autres facteurs pronostiques et prédictifs :

Emboles vasculaires : non/oui

Si chimiothérapie néoadjuvante :

- nécrose : non/oui
- reliquat tumoral : faible/modéré/important

Critères permettant de déterminer le pT/pN et le stade FIGO

Extension tumorale

Atteinte ovarienne uni- ou bilatérale

Taille :

Capsule : intacte/rompue

Tumeur à la surface de l'ovaire : présente/absente

Cellules tumorales dans l'ascite et/ou le lavage péritonéal

Envahissement par continuité et/ou localisation à l'utérus et/ou aux trompes

Envahissement par continuité et/ou localisation(s) à d'autres organes pelviens : rectum, vessie, autres

Métastases péritonéales en dehors du pelvis : microscopiques/macrosopiques (< 2 cm, > 2 cm)

Critères relatifs aux ganglions :

Ganglions régionaux

- localisation, nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés pour chaque localisation

TMRO (tumeur maligne rare ovarienne) :

Type histologique : mucineuse/à cellules claires/à cellules transitionnelles

Tumeur du stroma et des cordons sexuels : tumeur de la granulosa adulte/tumeur de la granulosa juvénile/fibrosarcome/tumeur de Sertoli-Leydig/autres

Grade histopronostique :

Tératome immature : quantité de tissu immature (grade 1, 2, 3)

Tumeur de Sertoli-Leydig : bien différenciée/moyennement différenciée/peu différenciée

Classification FIGO (2009)

Stade I : tumeur limitée aux ovaires

- IA : un seul ovaire atteint, pas de rupture capsulaire, pas d'ascite tumorale
- IB : les deux ovaires sont atteints, pas de rupture capsulaire, pas d'ascite tumorale
- IC : atteinte d'un seul ou des deux ovaires + ascite ou cytologie péritonéale positive ou rupture capsulaire

Stade II : extension pelvienne de la tumeur

- IIA : atteinte d'un seul ou des deux ovaires, atteinte de l'utérus ou de la trompe
- IIB : atteinte d'un seul ou des deux ovaires, extension au reste du pelvis
- IIC : IIA ou IIB + ascite ou cytologie péritonéale positive ou rupture capsulaire

Stade III : atteinte péritonéale extrapelvienne (grêle) ou atteinte ganglionnaire

- IIIA : métastases péritonéales microscopiques, N0
- IIIB : métastases péritonéales macroscopiques < 2 cm, N0
- IIIC : métastases péritonéales macroscopiques > 2 cm ou atteinte ganglionnaire

Stade IV : métastase à distance